DZIENNIK URZĘDOWY
MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia czwartek, 20 października 2022 r.

Poz. 111

Podpisany przez:
Joanna Kilkowska
Data: 20.10.2022 17:02:44

OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 20 października 2022 r.

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

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, 583 i 974) ustala się na dzień 1 listopada 2022 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 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

2) Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 września 2019 r., od dnia 1 listopada 2019 r., od dnia 1 stycznia 2020 r., od dnia 1 marca 2020 r., od dnia 1 maja 2020 r., od dnia 1 lipca 2020 r., od dnia 1 września 2020 r., od dnia 1 listopada 2020 r., od dnia 1 stycznia 2021 r., od dnia 1 marca 2021 r., od dnia 1 maja 2021 r., od dnia 1 lipca 2021 r., od dnia 1 września 2021 r., od dnia 1 listopada 2021 r., od dnia 1 stycznia 2022 r., od dnia 1 marca 2022 r., od dnia 1 maja 2022 r., od dnia 1 lipca 2022 r. oraz od dnia 1 września 2022 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 2022-10-20 (poz. 111)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2022-11-01

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	8-Methoxypsoralenum	Oxsoralen, kaps. miękkie, 10 mg	50 szt.	05909990244713	2022-01-01	3 lata	52.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - psoraleny - metoksalen	12,74	17,56	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
3	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	9,40	12,46	9,12	Cukrzyca		30%	6,08
4	Acarbosum	Glucobay 100, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990285518	2022-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
5	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990285419	2022-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	7,45	10,41	9,12	Cukrzyca		30%	4,03
6	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991370916	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,18	8,34	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
7	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991370954	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,38	16,27	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
8	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2022-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,75	11,04	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
9	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990110018	2022-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,31	20,40	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,71
10	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	8,32	11,86	11,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,12
11	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	9,70	13,74	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,57
12	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	15,66	22,00	22,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,00
13	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	31,32	41,47	41,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,74
14	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,34	15,45	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,28
15	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	18,90	25,41	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,06
16	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2022-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	37,80	48,27	48,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,14
17	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,52	15,64	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,47
18	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	21,03	27,64	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,29
19	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	38,87	49,39	49,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,70
20	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,26	11,80	11,80	Osteoporoza		30%	3,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
21	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,59	10,05	10,05	Osteoporoza		30%	3,02
22	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,40	8,80	8,80	Osteoporoza		30%	2,64
23	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,46	12,01	11,90	Osteoporoza		30%	3,68
24	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,48	12,03	11,90	Osteoporoza		30%	3,70
25	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	12,71	17,48	17,48	Osteoporoza		30%	5,24
26	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,35	11,90	11,90	Osteoporoza		30%	3,57
27	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	9,07	12,86	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	12,86
28	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	3,02	4,45	4,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	4,45
29	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	98,28	115,65	92,96	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
30	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	206,28	233,05	185,93	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	50,32
31	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	78,73	93,50	73,66	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	41,94
32	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,60	90,91	81,84	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	33,62
33	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,04	82,27	73,66	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	30,71
34	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	46,35	57,38	49,10	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	23,01
35	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	66,96	81,84	81,84	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	24,55
36	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
37	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
38	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	10,43	14,64	13,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
39	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	10,43	14,64	13,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,29
40	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,29
41	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,09
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,09
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,42	21,42	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,42	21,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,88	21,71	21,71	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,88	21,71	21,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,79	22,66	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,79	22,66	22,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,35
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,15
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,13	45,32	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,13	45,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
54	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,33	11,33	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,20
55	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,00
56	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,74
57	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,54
58	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,64	33,99	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,85
59	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,64	33,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,65
60	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,60	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
61	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2020-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	94,82	112,78	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,65
62	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990975730	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,16	100,53	100,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
63	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	05909990975747	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	365,04	405,20	405,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
64	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	89,64	107,33	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
65	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
66	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
67	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	345,60	384,45	384,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
68	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	103,68	122,80	122,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
69	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
70	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2018-01-01	5 lat	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
71	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	345,60	384,45	384,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
72	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711	2022-07-01	3 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	44,28	55,64	55,64	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	27,82
73	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	50,65	62,81	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,34
74	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	52,38	65,00	65,00	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,50
75	Agomelatinum	Agomelatine Adamed, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991387266	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	51,30	63,50	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	21,03
76	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2022-03-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,60	60,66	60,66	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,20
77	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2021-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,63	61,74	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,27
78	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2021-05-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,39	61,49	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,02
79	Agomelatinum	Sedival, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991419172	2020-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,68	61,79	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,32
80	Agomelatinum	Symago, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991391423	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,39	61,49	60,67	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,02
81	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	357,39	403,81	403,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
82	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	24,14	24,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
83	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,50	19,45	19,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
84	Alfuzosini hydrochloridum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990619580	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	24,14	24,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
85	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,13	11,98	8,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
86	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991288457	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,85	18,76	18,76	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
87	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,30	30,79	24,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,42
88	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,67	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
89	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2022-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,58	14,83	14,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
90	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	11,02	15,54	15,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
91	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,51	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
92	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	33,05	42,75	42,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
93	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,91	14,13	14,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
94	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,88	8,52	8,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
95	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,69	14,94	14,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
96	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	14,90	20,28	20,28	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,08
97	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,85
98	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,94	7,71	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	4,13
99	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2022-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron	20,27	26,97	26,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
100	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,33	30,69	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,00
101	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,66	58,40	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,83
102	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,31	111,39	111,39	Schizofrenia		ryczałt	3,20
103	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	44,01	55,62	55,62	Schizofrenia		ryczałt	3,20
104	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,53	111,63	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,29
105	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2021-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,64	111,73	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
106	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,65	31,01	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,32
107	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,73	58,49	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,92
108	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,46	111,54	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,20
109	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,13	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,44
110	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,47	59,25	55,77	Schizofrenia		ryczałt	6,68
111	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,61	108,55	108,55	Schizofrenia		ryczałt	3,20
112	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,61	108,55	108,55	Schizofrenia		ryczałt	3,20
113	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261	2021-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,72	108,67	108,67	Schizofrenia		ryczałt	3,20
114	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,93	113,09	111,54	Schizofrenia		ryczałt	4,75
115	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,71	58,46	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,89
116	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,42	111,50	111,50	Schizofrenia		ryczałt	3,20
117	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,94	9,80	9,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,94
118	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,02	5,23	5,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,57
119	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,52	12,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
120	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,08	7,39	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,35
121	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,76	13,81	13,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,14
122	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,42	22,83	22,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,85
123	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,85	23,28	23,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,98
124	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,90	7,20	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,16
125	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,21	12,18	12,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,65
126	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,42	12,41	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,72
127	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,78	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,70
128	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,51	7,84	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,80
129	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,78	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
130	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,96	26,55	26,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,97
131	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,35	7,67	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,63
132	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,98	14,04	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,21
133	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	9,89	9,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,97
134	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,01	5,21	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,56
135	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991392079	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,43	10,31	10,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,09
136	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991392062	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,24	5,45	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,64
137	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,91	10,82	10,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,25
138	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,89	6,13	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,84
139	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,15	9,85	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
140	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,56	13,60	13,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,08
141	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,61	13,65	13,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,10
142	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,26	16,43	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,35
143	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,07	6,19	6,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,86
144	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,47	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,43
145	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,83	19,13	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	9,05
146	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,56	13,14	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,10
147	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,72	13,77	13,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
148	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,10	5,34	3,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,82
149	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,86	7,15	7,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
150	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,49	12,47	12,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,74
151	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,21	6,47	6,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,94
152	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,78	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,70
153	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,35	7,67	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,63
154	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,04	21,43	21,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,43
155	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	14,57	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,49
156	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,13	7,44	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
157	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	21,26	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,65
158	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,11	18,02	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
159	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,08	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,77
160	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
161	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	43,37	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,14
162	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
163	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	43,37	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,14
164	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,91	11,93	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
165	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	22,63	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,02
166	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2022-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,14	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
167	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,14	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
168	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,14	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
169	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2022-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,17	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,56
170	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2022-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,17	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,56
171	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2022-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,17	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,56
172	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	17,04	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
173	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,93	18,83	18,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,63
174	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	10,21	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,05
175	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,60	9,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,60
176	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	21,38	27,95	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,65
177	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	14,04	18,64	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,54
178	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,93	18,83	18,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,63
179	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,60	9,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,60
180	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,15	14,19	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,59
181	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	17,04	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,52
182	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	10,21	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
183	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,53	11,89	11,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,05
184	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	14,16	14,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
185	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 750 mg	16 szt.	05909991373061	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,50	10,81	10,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
186	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,64	12,57	12,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
187	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	8,12	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,96
188	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,87	13,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
189	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,27	7,65	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,49
190	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,61	16,09	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,99
191	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	19,05	25,50	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
192	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,72	11,04	11,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
193	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,53	17,37	17,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
194	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,33	9,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,33
195	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,74	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	29,40	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,42
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,37	10,83	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,59
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	19,44	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,95
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	17,74	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,24
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991322939	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,84	23,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,92
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,78	25,42	25,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,71
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	26,00	26,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,85	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,72
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991449544	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	36,22	36,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,11
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991417871	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,19	36,67	36,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,34
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,09	37,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,33
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,50	14,73	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,78
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,00	27,86	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,96
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,20
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,26	16,94	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,83
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,40	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,90
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,23	23,79	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	19,59	26,16	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,18
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,80	13,85	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,36
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,65	16,17	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,67
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,31	28,26	28,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,13
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,40	27,12	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,99
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	20,98	27,84	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,94
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	9,85	13,58	11,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,95
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991424084	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	15,05	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,55
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	17,38	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,88
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,99	17,58	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,90	27,65	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,52
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,57
225	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,57
226	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,01	27,76	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,63
227	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,01	27,76	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,63
228	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	30,87	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,74
229	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,99	37,52	37,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,76
230	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	30,19	37,51	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	23,61
231	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,73	23,37	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,42
232	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	25,83	25,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,77	13,82	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,33
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,41	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,91
235	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,79	27,53	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,40
236	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	25,83	25,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,92
237	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	26,73	35,14	35,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,57
238	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	26,34	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,21
239	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991423513	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,04	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,32
240	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	27,02	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,89
241	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991423520	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,05	35,70	35,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,85
242	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,46	39,28	39,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
243	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,66	29,38	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,40
244	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,11	19,43	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,94
245	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,01	10,45	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,21
246	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,34	17,95	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,45
247	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,87	26,00	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,75
248	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,85	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,72
249	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,60	39,43	39,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,73
250	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,23	23,79	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,90
251	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,23	51,06	51,06	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
252	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	46,98	58,15	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	6,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
253	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802050	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,36	59,60	51,68	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,92
254	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	51,62	63,03	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,35
255	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,05	55,07	51,68	<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	3,39
256	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,38	59,62	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,94
257	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991453695	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	39,53	50,64	50,64	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
258	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991464288	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,46	51,60	51,60	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
259	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990861040	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	68,46	79,55	42,14	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	50,05
260	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2021-05-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	255,61	285,72	235,98	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	120,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
261	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
262	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	81,54	96,92	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	20,78
263	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	91,80	107,69	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	31,55
264	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	59,40	73,67	73,67	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
265	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2019-01-01	5 lat	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka		ryczałt	3,20
266	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	112,20	132,20	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
267	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,02	84,34	84,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
268	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,04	84,36	84,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
269	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,42	103,66	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,71
270	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,04	159,76	159,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
271	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,08	159,80	159,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
272	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,80	198,36	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
273	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	345,72	384,35	384,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
274	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2020-09-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1026,43	1117,19	1117,19	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
275	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,68	93,43	93,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
276	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	61,56	75,03	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,13
277	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	123,12	143,67	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,45
278	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	183,76	209,87	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,54
279	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	90,50	107,95	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,00
280	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
281	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	273,78	306,60	297,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,11
282	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	175,78	201,49	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,16
283	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	61,56	75,03	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,13
284	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	123,12	143,67	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,45
285	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	183,76	209,87	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,54
286	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	90,50	107,95	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,00
287	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09
288	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	273,78	306,60	297,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,11
289	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	175,78	201,49	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,16
290	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	112,20	132,20	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
291	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,12	99,15	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
292	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09
293	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	357,62	396,85	396,60	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,20
294	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,12	99,15	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
295	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,30	95,14	95,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
296	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	54,54	67,66	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,76
297	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,94	104,21	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,26
298	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	93,31	111,21	106,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,18
299	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09
300	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	156,60	181,66	181,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
301	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	285,03	318,88	318,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,78
302	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09
303	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,12	114,16	106,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,13
304	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	118,09	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14
305	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blistrach perforowanych)	05909991270223	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	118,09	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14
306	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,55	85,95	85,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
307	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,12	82,97	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,07
308	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	139,32	160,68	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	32,46
309	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,57	123,77	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	27,82
310	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	212,49	240,03	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	47,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
311	Aripiprazolum	Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229634	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,98	114,75	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,80
312	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	65,84	65,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
313	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,62	125,30	125,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
314	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,11	96,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
315	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,30	183,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
316	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991404697	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,62	125,30	125,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
317	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991404703	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	211,25	240,20	240,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,96
318	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,30	183,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
319	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	316,92	354,11	354,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
320	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,41	34,65	33,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
321	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	65,84	65,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
322	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,11	96,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
323	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	82,17	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,27
324	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,72	157,95	132,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	29,73
325	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991385682	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	74,50	91,16	91,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
326	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,54	120,59	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,64
327	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	205,08	232,25	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	39,92
328	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	192,24	218,77	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	26,44
329	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	56,10	69,30	66,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,40
330	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,98	114,75	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
331	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	87,05	104,32	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,37
332	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,42	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,09
333	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	52,37	65,02	63,36	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	4,86
334	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	83,81	100,92	100,92	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
335	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2020-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	52,38	65,03	63,36	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	4,87
336	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2020-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	84,24	101,37	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
337	Atomoxetinum	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991394738	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,05	72,03	63,36	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	11,87
338	Atomoxetinum	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991394776	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	94,50	112,15	101,37	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	13,98
339	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	23,33	30,33	25,34	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	8,19
340	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	41,99	52,56	45,62	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	10,14
341	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,53	72,54	63,36	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	12,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
342	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	95,56	113,26	101,37	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	15,09
343	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	24,08	31,10	25,34	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	8,96
344	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	43,34	53,98	45,62	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	11,56
345	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	60,20	73,24	63,36	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	13,08
346	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	96,31	114,05	101,37	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	15,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
347	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,45	9,10	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,99
348	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,31	9,05	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,83
349	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,15	13,00	13,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,90
350	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,66	14,66	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,44
351	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,61	17,31	17,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
352	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	24,57	24,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,37
353	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,44	28,68	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,25
354	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,23	32,84	32,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,85
355	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,59	46,70	46,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,01
356	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,61	9,27	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
357	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,26	17,39	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,17
358	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,87	31,23	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,80
359	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,52	9,17	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,06
360	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,51	27,03	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,71
361	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,44	13,38	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
362	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,98	25,05	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,62
363	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	38,24	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	19,59
364	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,36	18,47	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,15
365	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,21	33,92	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,27
366	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,88	25,99	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
367	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,96	48,31	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,44
368	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	59,93	71,21	53,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	33,91
369	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	38,24	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	19,59
370	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	41,75	50,19	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,32
371	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,79	9,55	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
372	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,59	18,34	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,91
373	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,71	8,42	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,53
374	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,14	23,35	23,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,01
375	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,62
376	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	4,35	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
377	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,83	8,54	8,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,56
378	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,59	21,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
379	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,73	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
380	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	16,30	16,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,89
381	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,00	28,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
382	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,93	40,76	40,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,23
383	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,59	21,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
384	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,00	28,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40
385	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,24	4,68	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,57
386	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,70	9,46	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
387	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,96	16,63	16,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,99
388	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,93	24,19	24,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,26
389	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,39	18,13	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,70
390	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,90	31,45	31,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,44
391	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,86	45,93	45,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
392	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,78	31,32	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
393	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,77	9,44	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,33
394	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,54	18,74	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,52
395	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,09	36,71	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	24,28
396	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,26	36,02	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
397	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	8,65	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,54
398	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,88	14,89	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,67
399	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,51	13,89	13,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,17
400	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,03	27,20	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,77
401	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990078141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,59	7,16	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
402	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990078264	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,06	14,03	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,81
403	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078356	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,12	27,30	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,87
404	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,13	40,09	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,22
405	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,62	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,51
406	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,56	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
407	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	14,00	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
408	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	11,33	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,11
409	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,48	18,22	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,79
410	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,82	26,16	26,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,85
411	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,00	21,92	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
412	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,09	33,74	33,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,12
413	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,34	48,54	48,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,56
414	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990078707	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,48	9,22	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,00
415	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,00	5,48	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,37
416	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,99	10,81	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
417	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,67	11,44	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,43
418	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,98	20,85	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,42
419	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,34	21,46	21,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,44
420	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	39,24	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,37
421	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	05909990957071	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,59	47,92	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
422	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,75	8,36	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,25
423	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,72	12,63	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,41
424	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,31	23,30	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,87
425	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,50	66,56	53,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,26
426	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990053179	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,48	8,08	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
427	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990053230	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,48	13,43	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,21
428	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990053278	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,01	24,03	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,60
429	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,56	9,22	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,11
430	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,12	18,30	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,08
431	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	27,20	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
432	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,05	15,07	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,85
433	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,46	27,65	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,22
434	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,53	40,56	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,91
435	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,42	21,31	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,88
436	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	05909990810178	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,71	35,45	35,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
437	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 tabl.	05909990810185	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	41,55	51,91	51,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,57
438	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,93	51,43	35,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	26,56
439	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,72	11,50	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
440	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,44	21,56	21,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,47
441	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,44	21,56	21,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
442	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	15,51	20,24	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,25
443	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
444	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,22
445	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,09
446	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
447	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,56
448	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
449	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,07	18,43	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,08
450	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	21,89	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,54
451	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,95	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,60
452	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	9,47	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,12
453	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,94	15,92	7,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,28
454	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,28	26,28	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
455	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,84	31,23	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,29
456	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,81	27,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	25,14
457	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,94	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,59
458	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,52	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,17
459	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	21,32	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,97
460	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,94	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,59
461	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,52	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,17
462	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,49	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,14
463	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,37	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,02
464	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,65	21,42	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
465	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,76	25,90	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,96
466	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	22,40	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,05
467	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,37	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,02
468	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,96	12,02	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,67
469	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (w blistrze)	05909991108830	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	12,64	5,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,74
470	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,50	16,51	7,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,87
471	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	22,39	4,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,21
472	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,02	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,67
473	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,02	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,67
474	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	28,88	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
475	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,13	41,00	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,06
476	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2021-09-01/<2>2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	270,81	303,96	303,96	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	91,19
477	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	118,26	138,88	138,88	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
478	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	157,68	180,80	156,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,32
479	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	157,68	180,27	138,88	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	46,19
480	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,39	20,28	6,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
481	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	29,61	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	24,44
482	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	14,63	3,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,55
483	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	13,39	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	4,23
484	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	19,66	26,24	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,12
485	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	12,91	17,12	13,12	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,56
486	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625	2022-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	54,00	66,87	66,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,44
487	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2021-05-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	20,09	26,69	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,57
488	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	10 ml	05909990186525	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	19,41	22,95	9,66	Jaskra		30%	16,19
489	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990186518	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	9,75	11,62	4,83	Jaskra		30%	8,24
490	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	05909990925513	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	6,33	8,03	4,83	Jaskra		30%	4,65
491	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,97	42,78	35,40	Jaskra		ryczałt	10,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
492	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	101,90	120,10	106,21	Jaskra		ryczałt	22,85
493	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,14	38,76	35,40	Jaskra		ryczałt	6,56
494	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,08	106,21	Jaskra		ryczałt	10,83
495	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,11	38,73	35,40	Jaskra		ryczałt	6,53
496	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,94	38,55	35,40	Jaskra		ryczałt	6,35
497	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,81	107,39	106,21	Jaskra		ryczałt	10,14
498	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,27	40,99	35,40	Jaskra		ryczałt	8,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
499	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,85	114,79	106,21	Jaskra		ryczałt	17,54
500	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,27	40,99	35,40	Jaskra		ryczałt	8,79
501	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,85	114,79	106,21	Jaskra		ryczałt	17,54
502	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	41,12	35,40	Jaskra		ryczałt	8,92
503	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2022-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	9,67	13,68	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,10
504	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762	2022-03-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,36	14,41	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,83
505	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311	2021-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,47	14,52	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,94
506	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2022-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	12,26	16,81	16,42	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,32
507	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,98	19,87	19,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
508	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,99	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
509	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,91	10,53	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
510	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,46	5,48	5,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
511	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,72	11,38	11,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
512	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,70	6,79	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,05
513	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,02	10,64	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
514	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,05	6,11	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,37
515	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,32	13,05	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,36
516	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,63	24,75	23,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	7,37
517	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,65	6,73	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,99
518	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,32	13,05	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
519	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909991197049	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,85	22,88	22,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
520	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991197056	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	25,27	33,18	33,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
521	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909991197070	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,42	12,12	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,43
522	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991197063	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,64	17,54	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
523	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909990633869	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,84	20,77	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
524	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909990633807	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,42	11,06	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
525	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,96	25,40	25,40	Jaskra		ryczałt	3,20
526	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,14	28,73	25,40	Jaskra		ryczałt	6,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
527	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	49,83	62,79	62,79	Jaskra		ryczałt	8,00
528	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,45	22,75	22,75	Jaskra		ryczałt	3,20
529	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	49,36	62,30	62,30	Jaskra		ryczałt	8,00
530	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,79	23,11	23,11	Jaskra		ryczałt	3,20
531	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897	2021-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	48,60	61,50	61,50	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
532	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,84	30,51	25,40	Jaskra		ryczałt	8,31
533	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2018-01-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09
534	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	25,53	32,29	25,40	Jaskra		ryczałt	10,09
535	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2020-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,38	27,93	25,40	Jaskra		ryczałt	5,73
536	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
537	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2021-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	64,31	78,00	76,20	Jaskra		ryczałt	9,80
538	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	343,00	381,65	381,65	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 po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
539	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	320,13	357,04	357,04	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
540	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2022-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	13,18	18,10	18,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
541	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,29	64,29	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
542	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,29	64,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
543	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
544	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
545	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,38
546	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,19
547	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,26	64,84	64,69	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
548	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,26	64,84	64,69	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
549	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,45	56,76	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,89
550	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,45	56,76	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,89
551	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,03	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
552	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,03	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,07
553	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,01	50,65	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
554	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,01	50,65	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	29,62
555	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,23	76,28	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,51
556	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,23	76,28	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	34,21
557	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
558	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
559	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,15
560	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
561	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,23
562	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	8,44
563	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,56
564	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	25,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
565	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,15
566	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
567	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
568	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
569	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
570	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
571	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,88	56,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
572	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,88	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
573	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,71
574	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
575	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2020-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	364,46	404,75	404,75	<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
576	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2020-01-01/<2>2021-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	364,46	404,75	404,75	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	121,43
577	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	329,40	367,02	367,02	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
578	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	17,91	23,54	18,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,71
579	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	17,91	23,54	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
580	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,39
581	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	16,01
582	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,11	64,69	64,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
583	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,11	64,69	64,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
584	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
585	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
586	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,03	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
587	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,07
588	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,22	64,80	64,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,31
589	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,22	64,80	64,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,31
590	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
591	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
592	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
593	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,81
594	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
595	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,81
596	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,39	80,03	80,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
597	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,39	80,03	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,01
598	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,14
599	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,96
600	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
601	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,96
602	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
603	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
604	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
605	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
606	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2020-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	47,52	58,89	52,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,00
607	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2020-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,72	108,25	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,27
608	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2022-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,80	109,03	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,64
609	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	107,95	126,34	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,36
610	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,43	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
611	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2021-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,02	126,41	104,18	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	53,48
612	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,02	126,41	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,43
613	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	107,46	125,47	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,08
614	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	61,61	73,69	52,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,03
615	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2018-01-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	126,89	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,91
616	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,43	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,04
617	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
618	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
619	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
620	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
621	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,06	54,93	51,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,72
622	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,06	54,93	51,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,52
623	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,09	80,14	77,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,23
624	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,09	80,14	77,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,03
625	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,13	105,22	102,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
626	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,13	105,22	102,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,40
627	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,23	55,11	51,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,90
628	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,23	55,11	51,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
629	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,33	80,40	77,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,49
630	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,33	80,40	77,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,29
631	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,45	105,54	102,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,92
632	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,45	105,54	102,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,72
633	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2022-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	19,93	26,57	26,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
634	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2022-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	19,96	26,60	26,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,98
635	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	27,00	33,99	26,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,37
636	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	15,12	19,48	13,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,17
637	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	183,60	210,10	210,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
638	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	40,69	51,49	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,45
639	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	81,40	98,24	98,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,47
640	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	54,27	65,75	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,71
641	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	108,54	126,74	102,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	54,65
642	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,50	59,70	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,66
643	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	40,45	51,24	51,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,37
644	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	80,89	97,70	97,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,31
645	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2021-09-01	2 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	155,93	176,50	102,98	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	104,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
646	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	81,40	98,24	98,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,47
647	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2020-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,20	114,83	102,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,74
648	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2022-09-01	1 rok 2 miesiące	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	156,60	180,97	178,14	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	56,27
649	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	20,13	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,52
650	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,92	38,05	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,82
651	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	40,57	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,54
652	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	40,57	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,54
653	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	40,94	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
654	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,07	20,07	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,46
655	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
656	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
657	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,13	38,27	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,04
658	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
659	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
660	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,22
661	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,13	38,27	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,04
662	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
663	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
664	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	40,83	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,80
665	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,85	41,43	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,40
666	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
667	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60
668	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	12,55	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,24
669	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,32
670	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,23	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,71
671	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,02	21,27	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
672	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,97	40,50	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,47
673	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	40,57	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
674	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,86	40,38	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,35
675	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,86	40,38	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,35
676	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,60
677	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	11,10	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,35
678	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,00	11,11	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,36
679	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,93	21,18	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,66
680	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,02	21,27	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
681	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	26,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,99
682	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	13,74	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,43
683	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	23,30	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	10,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
684	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	23,30	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	10,69
685	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,07	12,08	9,01	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	5,77
686	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,07	19,31	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	18,55
687	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	91,71	57,92	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	51,17
688	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,07	19,31	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	18,55
689	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	91,71	57,92	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	51,17
690	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,52	9,65	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
691	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,21	28,96	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	26,94
692	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,52	9,65	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,77
693	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,21	28,96	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	26,94
694	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,87	21,96	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,35
695	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,87	21,96	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,35
696	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,43	11,42	9,01	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	5,11
697	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,74
698	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	20,86	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,25
699	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	39,85	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
700	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,22
701	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,05
702	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	20,86	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,25
703	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,06	22,16	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
704	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	39,85	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,62
705	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,53	37,64	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
706	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,13	42,48	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,25
707	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,15	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,12
708	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,53	37,64	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
709	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,15	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,12
710	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,62	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,59
711	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
712	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,92	42,25	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,02
713	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
714	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	05909990937172	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
715	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990937264	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,22
716	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	05909990937080	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
717	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,09	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,86
718	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,09	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,86
719	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	28,40	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,79
720	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	25,48	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,87
721	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2021-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
722	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2021-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
723	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,47
724	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,39	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,78
725	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07
726	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,25	46,80	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,57
727	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,25	46,80	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,57
728	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,29	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,98
729	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,59	26,92	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,31
730	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
731	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,48	72,13	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,29
732	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
733	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
734	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2021-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
735	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	26,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,99
736	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,24	37,35	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,43
737	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
738	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97
739	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
740	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97
741	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
742	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
743	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,95	17,08	12,41	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	7,87
744	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,95	17,08	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,67
745	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	27,47	20,69	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	9,98
746	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	27,47	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,78
747	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,07
748	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,87
749	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; 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
750	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
751	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,19
752	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,99
753	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; 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
754	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
755	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,19	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,05
756	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,19	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85
757	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,73	15,80	12,41	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	6,59
758	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,73	15,80	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
759	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909991337056	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
760	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
761	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909991337230	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
762	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,67	9,28	3,96	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%	6,51
763	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,31	13,18	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,63
764	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	7,16	1,98	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%	5,77
765	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	10,46	3,96	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%	7,69
766	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,44	14,36	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,81
767	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt.	05909990074051	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,69	7,64	1,98	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%	6,25
768	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990727148	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,15	9,79	3,96	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%	7,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
769	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,69	13,57	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,02
770	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990727100	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,21	7,14	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,75
771	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	11,10	3,96	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%	8,33
772	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,88	14,82	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,27
773	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,21	7,88	0,99	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%	7,19
774	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,69	7,64	1,98	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%	6,25
775	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,63	7,58	1,98	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%	6,19
776	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,77	10,44	3,96	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%	7,67
777	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,69	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
778	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,75	7,39	0,99	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%	6,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
779	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	11,10	3,96	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%	8,33
780	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,79	22,08	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,53
781	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,88	14,82	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,27
782	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,76	28,91	15,85	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,82
783	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,48	7,42	1,98	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
784	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,96	14,84	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,07
785	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,66	20,07	13,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,47
786	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,98	25,32	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,52
787	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,59	26,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,40
788	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	37,04	45,65	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
789	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,88	48,12	39,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,33
790	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	46,44	57,52	52,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,13
791	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,20	23,66	12,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,58
792	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,60	31,04	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,94
793	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,83	42,85	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,50
794	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,39	45,81	24,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,65
795	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	13,11	17,16	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,41
796	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	4,21	5,06	1,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,10
797	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,24	7,82	3,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
798	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	7,13	9,43	5,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,56
799	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,29	29,66	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
800	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,09	37,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,52
801	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,88	41,02	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,81
802	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,81	50,95	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,25
803	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,68	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
804	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,53	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,18
805	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,15	33,96	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
806	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,51	48,54	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,84
807	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991353483	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	31,67	31,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,84
808	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991353490	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,57	43,35	43,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,68
809	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,98	35,09	35,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
810	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,45	19,51	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,71
811	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,47	17,25	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
812	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,47	24,62	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,27
813	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,06	32,81	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,60
814	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	53,96	66,85	66,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,43
815	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,98	35,09	35,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55
816	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	31,96	31,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,98
817	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	48,47	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,77
818	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2022-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,68	61,99	61,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,00
819	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
820	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	46,20	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,50
821	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	19,45	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,35
822	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,68	24,84	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,49
823	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,22	34,03	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,82
824	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,05	37,00	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,79
825	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2021-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,58	47,56	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,86
826	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,90	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,80
827	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	25,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,52
828	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	35,98	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,77
829	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,38	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
830	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	91,80	109,71	109,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	54,86
831	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub infuzji, 750 mg	10 fiol.	05909990069828	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	45,90	57,52	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,76
832	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	12,94	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,89
833	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,44	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,85
834	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,42	19,48	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
835	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997196350	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,07	17,88	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,78
836	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991260071	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,28	18,10	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,00
837	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,47	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
838	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,19	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,60
839	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997210605	2021-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,61	32,34	32,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,17
840	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2020-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
841	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991359331	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
842	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,33	33,10	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,89
843	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	33,15	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,94
844	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991399290	2021-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	33,15	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,94
845	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	33,49	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,28
846	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991260095	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,87	33,66	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,45
847	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
848	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,39	44,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,20
849	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,78	44,61	44,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,31
850	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,52	45,40	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
851	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,91	18,77	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
852	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,30	35,17	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,96
853	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	46,94	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24
854	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,25	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,64
855	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,02	13,94	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,52
856	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,76	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,34
857	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,75	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,33
858	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,79	9,59	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,58
859	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,99	16,70	16,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,01
860	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,98	12,94	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
861	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,39	25,75	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,92
862	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,10	9,91	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,30
863	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,29	10,66	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,16
864	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,77	16,47	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,94
865	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	17,13	17,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,14
866	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,42	17,15	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,15
867	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,01	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,59
868	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	85,75	102,68	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	54,97
869	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	73,44	89,32	89,32	Nowotwory złośliwe	amyloidoza	bezpłatny do limitu	0,00
870	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	05909991139582	2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	14,20	19,39	19,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	5,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
871	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,38	4,97	4,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,47
872	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,38	4,97	4,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,68
873	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	15,68	15,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
874	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	15,68	15,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
875	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,16	10,00	4,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	8,50
876	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,16	10,00	4,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,71
877	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,21	20,88	15,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	8,40
878	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,21	20,88	15,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,90
879	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	123,12	144,24	144,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
880	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,56	75,60	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,88
881	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
882	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	40,50	49,88	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,02
883	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,60	267,95	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,41
884	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,12	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,38
885	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,72	133,87	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
886	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,60	267,95	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,41
887	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	268,37	301,56	301,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
888	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	268,38	301,57	301,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
889	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	277,02	310,64	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
890	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,12	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,38
891	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,72	133,87	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
892	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2022-09-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	347,76	386,78	386,78	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	116,03
893	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,72	55,86	32,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	26,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
894	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	245,01	275,73	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,19
895	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	307,30	342,44	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,00
896	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,19	74,72	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,98
897	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	122,18	142,76	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
898	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,70	8,74	2,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,74
899	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909990678655	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,93	14,05	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,33
900	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,35	23,10	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,22
901	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,15	9,21	2,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,21
902	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990066780	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	16,15	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,07
903	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,02	26,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,92
904	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,60	23,88	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
905	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,56	10,94	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,47
906	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,36	7,30	5,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,47
907	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,83	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,61
908	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,39	7,33	5,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
909	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,94	11,34	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,67
910	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	8,10	11,51	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,84
911	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,86	6,77	5,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,94
912	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,78	11,16	11,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,58
913	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991311230	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,57	12,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,48
914	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991311285	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	23,70	23,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,85
915	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	18,81	12,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,72
916	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	25,85	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,66
917	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2021-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,09	48,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,05
918	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,76	12,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,67
919	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,63	25,00	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
920	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,84	34,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,42
921	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620654	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,30	27,24	27,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,62
922	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620647	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,18	17,03	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83
923	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620678	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	41,04	52,15	52,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,08
924	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620661	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,62	32,47	32,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,24
925	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,30	27,24	27,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,62
926	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,18	17,03	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83
927	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	41,04	52,15	52,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,08
928	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,62	32,47	32,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,24
929	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,73	28,74	27,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
930	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,12	18,02	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,82
931	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,08	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,73
932	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,63	20,91	12,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,82
933	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. o 60 ml	05909990780624	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,24	34,16	32,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
934	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,47	54,70	54,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,35
935	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	40,36	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,17
936	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,12	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,93
937	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,06	25,45	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,26
938	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,43	19,68	18,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,34
939	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,81	29,86	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
940	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,86	37,35	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,68
941	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,02	70,06	70,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,05
942	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,59	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
943	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,60	10,75	9,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,08
944	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,21	20,50	18,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,16
945	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,86	8,72	4,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,39
946	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2022-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	18,14	18,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,07
947	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2022-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	24,84	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
948	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2022-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,82	17,56	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,45
949	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997196497	2022-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,83	17,57	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,46
950	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2022-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	16,63	21,56	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,45
951	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,91	8,70	4,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
952	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,91	14,66	11,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,09
953	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	17,17	23,14	23,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
954	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt.	05909990135615	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	6,48	8,16	4,46	Padaczka		ryczałt	6,90
955	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	12,96	17,83	17,83	Padaczka		ryczałt	3,20
956	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,74	7,78	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
957	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,10	21,22	21,22	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,37
958	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,12	21,23	21,23	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
959	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	18,35	24,62	24,62	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,39
960	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	26,87	33,56	24,62	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	16,33
961	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	18,85	25,14	24,62	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,91
962	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2021-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,53	20,61	20,61	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
963	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2021-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,20	22,36	22,36	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
964	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,66	21,79	21,79	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,54
965	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2022-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,66	21,79	21,79	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,54
966	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,55	25,88	24,62	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
967	Clopidogrelum	Vixam, tabl. powl., 75 mg	30 szt.	05909990866533	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	20,51	27,14	26,38	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,67
968	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2021-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,13	20,19	20,19	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,06
969	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,15	20,21	20,21	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,06
970	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,20	22,36	22,36	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
971	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2022-01-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	30,24	39,01	39,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
972	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2022-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,55	39,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,59
973	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	24,71	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,73
974	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,84	6,53	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,54
975	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	30,48	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,50
976	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,02	8,82	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,83
977	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,88	24,22	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,24
978	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467	2022-05-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,76	46,51	39,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,55
979	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,72	6,41	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
980	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalcyferol i kalcyfediol	6,48	9,34	9,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
981	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	356,40	396,08	396,08	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - profilaktyka u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza; zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	3,20
982	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	31,32	40,32	40,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,16
983	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2022-05-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3690,36	3951,82	3951,82	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
984	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,96	1346,96	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
985	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,96	1346,96	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
986	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2022-01-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,75	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,74
987	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
988	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
989	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	29,62	38,27	36,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,06
990	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	74,06	90,04	90,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,01
991	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2021-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,88	10,47	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
992	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,64	11,27	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
993	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	25,92	32,12	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,78
994	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990046171	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,00	11,65	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
995	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990046188	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	26,78	33,02	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
996	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt.	05909990037773	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,64	11,27	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16
997	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990086788	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	25,92	32,12	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
998	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	<1>2022-09-01/<2>2022-11-01/<3>2021-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	41,04	51,90	51,90	<1>Czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce; <2>Profilaktyka grypy u kobiet w ciąży, u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia oraz u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego); <3>Czynne uodpornienie dzieci od ukończenia 6 miesiąca życia do ukończenia 24 miesiąca życia oraz od ukończenia 60 miesiąca życia do 18 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które są zawarte w szczepionce		50%	25,95
999	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,34	45,21	21,07	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	27,34
1000	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	63,21	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	70,43
1001	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	63,21	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	86,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1002	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	132,32	86,18	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	71,99
1003	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	128,56	43,10	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	88,66
1004	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	162,00	186,85	186,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
1005	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884	<1>2022-09-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01	<1>1 rok 2 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy/<3>1 rok 4 miesiące	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	153,90	178,14	178,14	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca (LVEF≤40%) oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów; <3> Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m2, albuminurią ≥200 mg/g oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwskazaniami do tych terapii		30%	53,44
1006	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	1496,29	1619,24	1619,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1007	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	498,71	549,24	549,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1008	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2021-05-01	2 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	567,15	622,90	622,90	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%	186,87
1009	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,12	15,09	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1010	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,36	41,92	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
1011	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2022-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,31	12,63	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,43
1012	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,91	12,78	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,36
1013	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2020-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,63	34,84	34,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,45
1014	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2021-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,18	17,27	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1015	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	14,88	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,46
1016	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	11,36	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
1017	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,53	21,70	21,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,51
1018	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,27	31,31	31,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,39
1019	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2022-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,65	15,67	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1020	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	13,57	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,15
1021	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,10	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
1022	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2021-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,55	19,77	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
1023	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	05909990981359	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	9,72	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
1024	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,71	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1025	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,52	24,84	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,01
1026	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,69	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,86
1027	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	36,03	36,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81
1028	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2020-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,81	36,08	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
1029	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,66	174,60	174,60	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1030	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,66	174,60	174,60	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	52,38
1031	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,32	336,80	336,80	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,40
1032	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,32	336,80	336,80	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	101,04
1033	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,33	91,51	87,30	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,41
1034	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,33	91,51	87,30	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	30,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1035	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	23,22	30,86	28,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,62
1036	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,44	58,57	56,88	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	7,38
1037	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	250,34	281,99	281,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1038	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991472535	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	250,56	282,22	282,22	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
1039	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	100,33	119,16	113,77	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	16,77
1040	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,72	284,49	284,42	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	28,51
1041	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,54	62,88	56,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,69
1042	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	502,16	553,03	553,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1043	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,09	119,95	113,77	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	17,56
1044	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	16,96	21,96	14,22	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	10,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1045	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,66	284,42	284,42	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
1046	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,53	62,87	56,88	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	11,68
1047	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	8,48	11,39	7,11	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	7,48
1048	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,07	119,93	113,77	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	17,54
1049	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	20,92	26,10	16,40	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,90
1050	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	25,09	32,79	32,79	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1051	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,51	10,77	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,69
1052	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,37	20,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,06
1053	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	30,90	30,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,45
1054	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	11,45	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1055	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15
1056	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1057	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,96	14,30	10,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
1058	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	8,53	11,84	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,76
1059	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,13	7,93	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,97
1060	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15
1061	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,81	10,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,66
1062	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	9,29	12,05	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,90
1063	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2020-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,10	40,61	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,54
1064	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2021-05-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,00	35,25	35,25	Endometrioza		ryczałt	3,20
1065	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,86	36,15	36,15	Endometrioza		ryczałt	3,20
1066	Dienogestum	Endofemine, tabl., 2 mg	28 szt.	05901797710804	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	38,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,58
1067	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,78	39,22	36,27	Endometrioza		ryczałt	6,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1068	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	92,34	109,86	108,81	Endometrioza		ryczałt	10,01
1069	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,07	40,57	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,50
1070	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	38,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,58
1071	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	51,19	60,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	27,58
1072	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,97	36,27	36,27	Endometrioza		ryczałt	3,20
1073	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,70	43,20	43,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,96
1074	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,70	43,20	43,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1075	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	51,49	63,87	63,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,16
1076	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	51,49	63,87	63,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1077	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,99	11,23	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,78
1078	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,87	16,30	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
1079	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,02	9,63	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,84
1080	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 120, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990112616	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,86	11,09	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,64
1081	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg	60 szt.	05909990121120	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1082	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49
1083	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1084	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	275,40	308,90	308,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1085	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,02	42,64	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,16
1086	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	58,05	71,36	71,36	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,41
1087	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	87,88	105,20	105,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,56
1088	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,44	24,86	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,12
1089	Donepezili hydrochloridum	Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990770038	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,52	23,90	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,16
1090	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,03	36,35	36,35	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,91
1091	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,38	37,76	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,28
1092	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,69	19,87	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1093	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,86	36,17	36,17	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,85
1094	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990683581	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,04	20,24	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,50
1095	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,56	39,33	39,00	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,03
1096	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1097	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,04	19,19	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,45
1098	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,79	26,65	26,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,00
1099	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,40	14,32	14,32	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,30
1100	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990877553	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,40	20,62	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,88
1101	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,62	36,97	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1102	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,85	20,05	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,31
1103	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	24,73	32,89	32,89	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,87
1104	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,64	17,72	17,72	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,32
1105	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,43	38,87	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,39
1106	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,43	26,95	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,21
1107	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991275778	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	35,27	35,27	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,58
1108	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991275747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,50	18,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,89
1109	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1110	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,18	24,59	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1111	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1112	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,18	24,59	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85
1113	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990770045	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,19	36,52	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,04
1114	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2256,12	2427,04	2427,04	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1115	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,29	19,16	16,93	Jaskra		ryczałt	5,43
1116	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,91	53,53	50,80	Jaskra		ryczałt	8,06
1117	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,17	22,19	16,93	Jaskra		ryczałt	8,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1118	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,92	53,54	50,80	Jaskra		ryczałt	8,07
1119	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,25	23,32	16,93	Jaskra		ryczałt	9,59
1120	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	44,28	54,96	50,80	Jaskra		ryczałt	9,49
1121	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,72	20,67	16,93	Jaskra		ryczałt	6,94
1122	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,13	19,00	16,93	Jaskra		ryczałt	5,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1123	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,39	52,98	50,80	Jaskra		ryczałt	7,51
1124	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	24,52	31,23	25,40	Jaskra		ryczałt	9,03
1125	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	25,42	25,40	Jaskra		ryczałt	3,22
1126	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,96	70,28	70,28	Jaskra		ryczałt	8,00
1127	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1128	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,15	70,47	70,47	Jaskra		ryczałt	8,00
1129	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,89	25,31	25,31	Jaskra		ryczałt	3,20
1130	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,22	29,86	25,40	Jaskra		ryczałt	7,66
1131	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,15	70,47	70,47	Jaskra		ryczałt	8,00
1132	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,89	25,31	25,31	Jaskra		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1133	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,67	69,97	69,97	Jaskra		ryczałt	8,00
1134	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,94	7,81	7,81	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1135	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,94	7,81	7,81	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%	2,34
1136	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,88	14,70	14,70	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1137	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,88	14,70	14,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,41
1138	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,62	8,52	8,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1139	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,62	8,52	8,52	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%	2,56
1140	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,23	16,12	16,12	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1141	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,23	16,12	16,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,84
1142	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,70	44,13	44,13	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1143	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,70	44,13	44,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,24
1144	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,52	12,47	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,05
1145	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,52	12,47	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,24
1146	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,04	17,36	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,32
1147	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,04	17,36	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,89
1148	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,74	26,11	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,83
1149	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,74	26,11	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1150	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,07	44,60	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,04
1151	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,07	44,60	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,73
1152	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	24,74	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,46
1153	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	24,74	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,80
1154	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	41,75	50,58	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,02
1155	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	41,75	50,58	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	24,71
1156	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,66	13,66	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,24
1157	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,66	13,66	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,43
1158	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,71	18,07	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1159	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,71	18,07	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60
1160	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,58	23,83	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,55
1161	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,58	23,83	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,89
1162	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,79	12,75	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,33
1163	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,79	12,75	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,52
1164	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,14	18,52	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,48
1165	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,14	18,52	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
1166	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,24	70,26	70,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1167	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,24	70,26	70,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	21,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1168	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,55	22,75	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,47
1169	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,55	22,75	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
1170	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,85	23,07	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,79
1171	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,85	23,07	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,13
1172	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,34	68,95	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	23,11
1173	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,34	68,95	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,14
1174	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1175	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,41
1176	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,24	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1177	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,24	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,77
1178	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	26,33	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,05
1179	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	26,33	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,39
1180	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,96	23,19	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,91
1181	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,96	23,19	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,25
1182	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,89	65,32	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,48
1183	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,89	65,32	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,51
1184	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,77	17,08	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,04
1185	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,77	17,08	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1186	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,66
1187	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,00
1188	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,66
1189	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,00
1190	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,70	45,29	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,73
1191	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,70	45,29	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,42
1192	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,53	12,48	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,06
1193	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,53	12,48	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,25
1194	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,25	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1195	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,25	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,78
1196	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,28	22,47	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,19
1197	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,28	22,47	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,53
1198	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	65,44	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,60
1199	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	65,44	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,63
1200	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2021-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	7,24	10,38	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
1201	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2022-01-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,37	11,57	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,38
1202	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0.75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1203	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1204	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1205	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1206	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,13	14,35	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1207	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,26	27,09	27,09	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,13
1208	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,92	20,43	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,65
1209	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,25	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,70
1210	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,25	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,70
1211	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	63,69	75,79	55,86	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	36,69
1212	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	14,88	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,10
1213	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,17	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,62
1214	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2021-05-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,85	15,26	14,96	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,79
1215	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2021-05-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,71	28,85	28,85	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,66
1216	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,96	15,22	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,44
1217	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,92	28,83	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,28
1218	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,53	14,77	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,99
1219	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,06	27,93	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,38
1220	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,77	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,99
1221	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,95	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1222	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,23	27,06	27,06	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1223	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,95	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1224	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,39	51,33	51,33	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,40
1225	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,19	55,86	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	18,09
1226	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,47	43,66	41,90	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	14,33
1227	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,52	51,47	51,47	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,44
1228	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,53	14,77	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,99
1229	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,06	27,93	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,38
1230	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,39	39,38	39,38	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,81
1231	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,45	15,73	13,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,95
1232	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,95	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1233	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,90	29,87	27,93	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,32
1234	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,19	55,86	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	18,09
1235	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991328696	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	29,00	27,55	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	9,72
1236	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991456351	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,31	22,90	22,90	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1237	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	<1>2022-11-01/<2>2022-05-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	146,99	170,38	166,26	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca (LVEF≤40%) oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów		30%	54,00
1238	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,26	6,10	5,28	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	4,02
1239	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,74	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,59
1240	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,22	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,07
1241	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	20,08	20,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
1242	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,91	3,88	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1243	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,31	7,21	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,13
1244	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	274,80	305,35	210,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	99,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1245	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	49,85	60,01	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1246	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	100,17	116,57	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	35,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1247	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	141,17	161,90	126,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1248	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	182,65	207,17	168,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1249	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	303,36	336,21	252,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	89,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1250	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	359,94	396,90	316,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	88,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1251	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	174,95	200,51	200,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1252	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	32,83	42,14	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1253	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	71,84	86,82	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1254	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	105,88	124,85	124,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1255	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	140,65	163,07	163,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1256	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	204,12	232,00	232,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1257	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	255,15	286,86	286,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1258	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	50,00	60,49	45,35	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	15,14
1259	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2022-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,82	5,61	5,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,81
1260	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,11	8,84	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1261	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,23	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,46
1262	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,23	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,46
1263	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,45	32,02	32,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,01
1264	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,43	9,17	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,75
1265	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	17,56	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,78
1266	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,12	8,85	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,43
1267	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,21	16,89	16,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,45
1268	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,33	24,60	24,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,30
1269	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,27	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
1270	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,42	31,99	31,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,00
1271	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	36,66	46,76	46,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,38
1272	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,99	8,71	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,36
1273	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	16,66	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,33
1274	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,68	14,02	14,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,21
1275	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	5,18	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1276	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,68	31,14	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,28
1277	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,48	40,14	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,43
1278	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,30	30,51	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,80
1279	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991382100	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	25,11	31,36	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,65
1280	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	11,23	15,65	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,70
1281	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,58	13,38	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,90
1282	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,63	22,45	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	6,74
1283	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	38,88	44,68	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	33,73
1284	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	20,95	25,86	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,91
1285	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	20,67	25,56	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1286	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	37,87	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,16
1287	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti)	05909990444816	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,94	29,08	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1288	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,38	26,31	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,36
1289	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2020-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	91,80	109,71	109,71	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1290	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2021-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,56	8,04	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
1291	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,66	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,40
1292	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,20	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
1293	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	16,20	21,91	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,57
1294	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1295	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,62	8,10	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1296	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990072514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,62	8,10	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1297	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2022-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	49,14	61,26	61,26	Padaczka		ryczałt	3,20
1298	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt.	05909990211654	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	391,17	433,88	433,88	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1299	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.5 mg	60 szt.	05909990211357	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	811,08	885,42	885,42	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1300	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt.	05909990211845	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1222,67	1328,24	1328,13	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,31
1301	Exemestanum	Etadron, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990798094	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,64	74,89	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,52
1302	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,76	75,02	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,65
1303	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,64	74,89	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1304	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669	2022-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,36	22,82	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	13,20
1305	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,02	12,83	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,85
1306	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	28,99	37,54	37,54	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	11,26
1307	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,57	19,71	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,73
1308	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,55	19,69	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1309	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2021-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,01	12,82	12,82	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,85
1310	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,72	13,75	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	4,13
1311	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416	2021-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	22,03	26,67	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	17,05
1312	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902	2022-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,31	22,77	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	13,15
1313	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	20,41	24,97	13,75	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	15,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1314	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	20,41	24,97	13,75	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	15,35
1315	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	20,41	24,97	13,75	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	15,35
1316	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,40	11,81	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,31
1317	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	15,79	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1318	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,40
1319	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,67
1320	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,37	45,60	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1321	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,53
1322	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,80
1323	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,72	34,42	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,06
1324	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,05	50,81	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,50
1325	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,05	50,81	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,77
1326	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,70	34,40	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1327	Febuxostatum	Prohidna, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991402952	2021-05-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	27,27	32,89	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,53
1328	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,87	17,95	13,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,54
1329	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,29	12,72	6,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,02
1330	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,28	20,39	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,63
1331	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,90	18,95	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,19
1332	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526	2022-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,40	26,73	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,69
1333	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974	2018-01-01	5 lat	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,88	21,03	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
1334	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,57	26,91	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,87
1335	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	11,31	15,76	15,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
1336	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,90	18,95	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,19
1337	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,53	25,53	25,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,66
1338	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	37,07	48,18	48,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,45
1339	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,60	70,02	70,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,01
1340	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,58	18,61	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,85
1341	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	27,43	35,58	35,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1342	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	41,04	51,87	51,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,56
1343	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,12	24,34	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,30
1344	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	37,07	47,13	47,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,14
1345	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,60	68,59	68,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,58
1346	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,82	23,06	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
1347	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,40	30,93	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,89
1348	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,36	23,63	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,87
1349	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,51	31,05	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,01
1350	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	19,42	23,85	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,90
1351	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	18,09	21,71	9,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	15,27
1352	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,61	30,30	19,27	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	16,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1353	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	379,08	423,91	423,91	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1354	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	379,08	423,91	423,91	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1355	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	379,08	423,91	423,91	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1356	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,00	99,50	99,50	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1357	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	30,62	39,11	36,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,59
1358	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	48,60	61,48	61,48	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1359	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	64,80	81,00	81,00	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1360	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2021-09-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1361	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1362	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1363	Fentanylum	Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990054695	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	108,00	127,85	127,85	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1364	Fentanylum	Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990054589	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	27,00	35,31	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1365	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,00	67,15	67,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1366	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,00	98,01	98,01	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1367	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	217,73	247,08	247,08	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
1368	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	107,14	126,95	126,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1369	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	56,05	69,30	69,30	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1370	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	109,62	129,55	129,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1371	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,00	67,15	67,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1372	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	163,08	188,19	188,19	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,80
1373	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	79,97	96,93	96,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1374	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	355,16	394,56	394,56	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1375	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	716,27	782,87	782,87	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1376	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	174,60	200,40	200,40	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1377	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	113,40	133,52	133,52	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1378	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	13,61	18,65	17,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,22
1379	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	28,35	36,72	36,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1380	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	56,70	69,99	69,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1381	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	85,05	102,27	102,27	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1382	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	139,32	162,10	162,10	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1383	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	561,60	616,81	616,81	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1384	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	139,32	162,10	162,10	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1385	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	561,60	616,81	616,81	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1386	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1387	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1388	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1389	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1390	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1391	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1392	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	56,81	66,68	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	37,33
1393	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	144,62	167,91	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,37
1394	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	207,74	235,92	227,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,29
1395	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	95,69	109,81	52,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	60,93
1396	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	240,95	271,55	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,37
1397	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	343,35	381,47	364,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,14
1398	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	145,47	168,80	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,26
1399	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	230,31	260,38	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1400	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,81	28,67	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1401	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,42	79,73	79,73	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1402	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,96	28,83	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,48
1403	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,87	80,20	80,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1404	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,79	28,66	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,31
1405	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,04	28,91	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,56
1406	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	64,77	79,05	79,05	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1407	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673	2021-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	21,08	21,08	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1408	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,32	25,00	25,00	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1409	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,00	28,87	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,52
1410	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	66,00	80,34	80,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1411	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,36	27,15	27,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1412	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	85,54	102,68	102,68	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1413	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,11	28,99	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,64
1414	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	64,15	78,40	78,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1415	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055098	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,28	23,91	23,91	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1416	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991289430	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	49,25	62,75	62,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1417	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	21,08	21,08	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1418	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	43,73	56,96	56,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1419	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	27,26	27,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1420	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,62	27,20	25,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1421	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,76	28,62	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
1422	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,74	27,55	27,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1423	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	62,21	76,36	76,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1424	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2019-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	28,78	25,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,27
1425	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,41	27,20	27,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1426	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991107871	2018-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	57,51	71,43	71,43	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1427	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,33	26,07	26,07	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1428	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,98	26,53	25,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,02
1429	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804	2021-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	19,44	26,65	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,33
1430	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	78,61	91,86	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	63,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1431	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,54	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,35
1432	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	5,44	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,90
1433	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,66	11,92	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,30
1434	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2022-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,13	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,75
1435	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,54	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,35
1436	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,80	12,60	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01
1437	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2022-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1438	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	50,76	62,62	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,86
1439	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,69	17,23	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,04
1440	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	32,76	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1441	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,49	71,78	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,02
1442	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	19,90	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,71
1443	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	19,90	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,71
1444	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,61	10,30	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71
1445	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2022-09-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1446	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,44	80,12	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	51,36
1447	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	21,72	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,53
1448	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,60	4,81	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,27
1449	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,17	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,55
1450	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	66,10	78,73	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	49,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1451	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	33,06	40,82	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,44
1452	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2021-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1453	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,87	21,62	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,43
1454	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,43	11,16	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,57
1455	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	17,29	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,10
1456	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	25,49	32,87	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,49
1457	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,81	17,36	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,17
1458	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,90	75,37	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	46,61
1459	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,72	20,42	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,23
1460	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763	2022-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	4,52	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1461	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	21,17	27,35	21,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,57
1462	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,45	39,13	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,75
1463	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,72	20,42	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,23
1464	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	10,56	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,97
1465	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,09	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,90
1466	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	2,89	4,06	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,52
1467	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	34,46	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,08
1468	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,39	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,80
1469	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,72	80,43	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	51,67
1470	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	19,56	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1471	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,32	39,00	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,62
1472	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,07	9,73	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,14
1473	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2020-11-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1474	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,69	18,81	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,69
1475	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,30	19,46	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,34
1476	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,56	15,34	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,83
1477	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,11	19,26	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,14
1478	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,35	14,25	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13
1479	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,21	14,11	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,99
1480	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	38,77	45,42	21,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,22
1481	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,85	15,42	6,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,86
1482	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 szt.	05909991074258	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	17,91	6,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1483	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,71	37,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1484	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2022-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,24	14,40	14,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1485	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	17,22	23,21	21,44	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,77
1486	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	51,80	64,33	64,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1487	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	54,00	67,24	67,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1488	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+52+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	205,20	232,70	202,64	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%	90,85
1489	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2021-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	23,76	30,16	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
1490	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2022-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,88	15,75	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,54
1491	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2022-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,93	15,81	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,60
1492	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	53,46	62,67	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1493	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	27,00	32,54	15,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,71
1494	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	85,28	99,43	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	44,66
1495	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	62,11	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,26
1496	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,11	28,97	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,15
1497	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,59	29,47	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,65
1498	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,74	58,77	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,92
1499	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	16,50	19,45	6,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,64
1500	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	89,10	103,45	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	48,68
1501	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	25,92	33,76	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,91
1502	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
1503	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	33,25	41,45	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,60
1504	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,40	74,36	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1505	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,85	84,28	84,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,85	86,37	86,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2022-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2020-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,13	70,49	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,21
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2022-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	171,07	196,61	196,61	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2020-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1512	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2022-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	206,55	234,98	234,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,00
1513	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2020-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1514	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	255,96	287,47	277,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,31
1515	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2022-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1516	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1517	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2021-05-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,26	86,80	86,80	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1518	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2021-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,84	102,77	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,38
1519	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2021-05-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,11	70,47	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1520	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2021-09-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,02	70,38	70,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1521	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,85	86,37	86,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1522	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2021-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,32	102,23	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1523	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,27	86,81	86,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1524	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,85	102,78	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,39
1525	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,12	70,48	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1526	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2020-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	74,52	90,23	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,61
1527	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2020-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,56	107,73	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,34
1528	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,05	71,46	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,18
1529	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,82	91,59	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,97
1530	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,88	110,16	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,77
1531	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	81,00	97,03	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1532	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	106,92	124,91	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,52
1533	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	64,78	78,52	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,24
1534	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	62,06	75,66	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,38
1535	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1536	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,94	103,93	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,54
1537	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,74	86,26	86,26	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1538	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1539	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,07	74,01	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,24
1540	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	122,15	142,15	120,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1541	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991431211	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78
1542	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991431167	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78
1543	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	32,40	37,41	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,29
1544	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	32,40	37,41	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,29
1545	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2022-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	268,92	300,33	227,16	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	76,37
1546	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2022-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1613,52	1739,09	1362,95	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	379,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1547	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	151,01	174,34	151,45	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	26,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1548	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	226,50	255,79	227,16	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	31,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1549	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	301,98	336,87	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	37,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1550	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	321,84	357,72	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	58,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1551	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg)	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp.	05909990697304	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	80,46	96,26	75,71	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	23,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1552	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	965,52	1048,16	908,63	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 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	142,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1553	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	276,85	310,48	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	10,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1554	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	832,64	908,63	908,63	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 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1555	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	276,48	310,09	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	10,42
1556	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	552,96	607,68	605,76	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1557	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,95	59,90	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,86
1558	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2021-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	137,70	160,66	160,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1559	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2022-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1560	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,38	60,35	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,31
1561	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,06	115,46	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,39
1562	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,52	59,45	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,41
1563	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,08	114,43	114,43	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1564	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	144,14	167,42	167,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1565	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,09	115,49	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,42
1566	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	31,81	39,68	28,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,26
1567	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	41,90	53,55	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1568	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2022-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1569	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000	2022-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,54	60,52	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,48
1570	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1571	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2021-11-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,23	10,37	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
1572	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1573	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2022-05-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,24	10,38	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1574	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,37	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1575	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,32	9,07	8,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,40
1576	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,13	8,87	8,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1577	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,88	16,69	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,42
1578	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,64	46,00	46,00	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1579	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	47,52	59,84	59,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1580	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,66	20,66	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1581	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,10	45,44	45,44	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1582	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,88	49,40	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1583	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,24	65,84	65,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1584	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	82,08	98,76	98,76	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1585	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	112,32	131,88	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,89
1586	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,01	22,08	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	8,81
1587	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	50,65	61,76	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,56
1588	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	66,74	80,02	65,87	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,35
1589	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	97,96	115,44	98,80	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	20,20
1590	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	113,72	133,34	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	6,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1591	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2022-11-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	78,84	95,42	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	47,71
1592	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	105,30	123,21	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	75,50
1593	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413	2022-01-01	3 lata	208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu	5,94	8,61	8,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,31
1594	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1595	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1596	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,59	10,68	5,49	Cukrzyca		ryczałt	8,39
1597	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2022-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1598	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	20,79	24,20	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,17
1599	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,23	16,26	8,23	Cukrzyca		ryczałt	11,23
1600	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,99	14,96	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,93
1601	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,98	22,19	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1602	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,88	14,84	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1603	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	23,76	28,94	16,46	Cukrzyca		ryczałt	18,88
1604	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2022-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,32	23,60	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,05
1605	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	05909991004002	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1606	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	05909991004026	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,02	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,47
1607	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,07	11,88	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,85
1608	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,14	23,04	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,98
1609	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,99	14,96	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,93
1610	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	23,98	29,16	16,46	Cukrzyca		ryczałt	19,10
1611	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,91	11,73	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,70
1612	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,70	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,64
1613	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,75	11,56	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,53
1614	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991257392	2018-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1615	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,50	22,37	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,31
1616	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,46	5,93	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,01
1617	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,78	10,53	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,50
1618	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,74	16,69	12,35	Cukrzyca		ryczałt	9,14
1619	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,88	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1620	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,83	5,27	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,35
1621	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,64	9,34	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,31
1622	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,47	13,25	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,70
1623	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1624	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,88	5,32	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,40
1625	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,85	10,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,58
1626	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,55	15,44	12,35	Cukrzyca		ryczałt	7,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1627	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,81	18,49	16,46	Cukrzyca		ryczałt	8,43
1628	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,97	4,37	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,45
1629	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,94	8,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,58
1630	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,91	12,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,12
1631	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1632	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,04	24,18	24,18	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1633	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991365790	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,64	8,29	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,26
1634	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991365868	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,46	12,19	12,19	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1635	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991365936	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,28	15,83	15,83	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1636	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,72	4,11	4,11	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1637	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,57	8,22	8,22	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1638	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,68	11,37	11,37	Cukrzyca		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1639	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,80	15,33	15,33	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1640	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,81	23,93	23,93	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1641	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,72	11,46	4,12	Cukrzyca		ryczałt	10,54
1642	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2022-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	51,79	64,32	64,32	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1643	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825	2022-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1644	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 szt.	05909990183036	2022-01-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1645	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2022-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	76,95	93,77	93,77	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,13
1646	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	471,42	519,28	519,28	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1647	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	149,69	173,53	173,53	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1648	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,12	173,53	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	4,79
1649	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	453,60	500,57	500,57	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1650	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	208,98	235,79	173,53	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	65,46
1651	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	657,58	714,74	520,59	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	203,11
1652	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	32,10	41,27	41,27	x	choroba Huntingtona	30%	12,38
1653	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	32,10	41,27	41,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1654	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,65	5,36	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,61
1655	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,65	5,36	5,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1656	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1657	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,67
1658	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,33
1659	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1660	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,31	6,06	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,31
1661	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,31	6,06	5,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,70
1662	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	13,28	18,23	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,47
1663	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2022-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,81	7,07	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,54
1664	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2022-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	72,90	88,71	88,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1665	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	86,12	102,59	88,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	13,88
1666	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,02	8,73	4,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1667	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2020-09-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	3024,00	3243,39	3243,39	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1668	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	3024,00	3243,39	3243,39	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1669	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2197,80	2375,88	2375,88	<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
1670	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2021-03-01	2 lata 6 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	149,69	173,53	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,06
1671	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596	2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	167,71	193,34	193,34	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%	58,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1672	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531	2022-05-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,36	117,32	104,18	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%	44,39
1673	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548	2022-05-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	100,44	118,10	92,59	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	53,29
1674	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524	2022-05-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	64,80	85,04	85,04	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	25,51
1675	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	8,26	10,75	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,60
1676	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909991276621	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,83	17,08	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,78
1677	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990644933	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,48	6,78	6,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03
1678	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990799398	2021-03-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,75	7,07	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,12
1679	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990863013	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,47	9,05	8,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,32
1680	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990665907	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,04	8,42	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,27
1681	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990223121	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	8,10	11,65	11,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,50
1682	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909991025014	2021-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,03	7,36	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21
1683	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	90 szt.	05908289660401	2022-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	15,10	20,54	20,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16
1684	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990012688	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,38	8,78	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1685	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990770182	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,10	8,50	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
1686	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990424801	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,87	7,19	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1687	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909990424849	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,74	13,84	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,15
1688	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990734993	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,83	7,15	7,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15
1689	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,14	12,73	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,58
1690	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	05909991092566	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,61	15,32	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,17
1691	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	05909991092597	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,53	14,19	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,04
1692	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2020-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6606,36	7051,89	7051,89	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1693	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2021-03-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2202,12	2369,63	2350,41	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	22,42
1694	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2022-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	66,42	79,79	63,92	Cukrzyca typu I		ryczałt	19,07
1695	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2022-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	110,92	129,13	95,88	Cukrzyca typu I		ryczałt	37,25
1696	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,26	198,58	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1697	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,48	132,86	95,88	Cukrzyca		ryczałt	40,98
1698	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,48	132,86	95,88	Cukrzyca		ryczałt	40,98
1699	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	2020-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	66,42	79,79	63,92	Cukrzyca		ryczałt	19,07
1700	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	111,13	129,35	95,88	Cukrzyca		ryczałt	37,47
1701	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	181,44	206,17	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	99,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1702	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	217,73	245,42	183,56	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	116,93
1703	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2022-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	149,85	173,01	152,97	Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	65,93
1704	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	<1>2022-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	181,44	206,17	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	99,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1705	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	272,65	305,94	305,94	Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	91,78
1706	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717	<1>2022-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	169,56	193,70	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	86,62
1707	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2022-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	169,56	193,70	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	86,62
1708	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2020-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	481,14	528,44	458,91	Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	207,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1709	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	70,20	83,76	63,92	Cukrzyca		ryczałt	23,04
1710	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	107,46	125,49	95,88	Cukrzyca		ryczałt	33,61
1711	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	108,00	126,06	95,88	Cukrzyca		ryczałt	34,18
1712	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1713	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1714	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,16	98,93	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,05
1715	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1716	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,16	98,93	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,05
1717	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1718	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1719	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1720	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1721	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1722	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1723	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1724	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1725	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1726	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1727	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448	2022-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1728	Insulinum humanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585	2022-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1729	Insulinum humanum	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363	2022-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1730	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1731	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1732	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1733	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1734	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1735	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1736	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1737	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1738	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,70	133,10	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,22
1739	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90
1740	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1741	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2020-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,03	198,34	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,58
1742	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2021-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1743	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	84,24	101,11	95,88	Cukrzyca		ryczałt	9,23
1744	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2022-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1745	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,10	19,27	19,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1746	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	11,55	14,85	9,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,41
1747	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,12	19,29	19,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,58
1748	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,93	19,09	19,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1749	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,96	5,54	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1750	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1751	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,32	10,26	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,58
1752	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,65	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,97
1753	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,42	15,56	13,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,05
1754	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,66	76,16	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	47,40
1755	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,09	12,11	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,00
1756	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	45,90	57,52	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	28,76
1757	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,64	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,53
1758	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	69,65	82,45	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	53,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1759	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,90	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	9,79
1760	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,27	71,92	71,92	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1761	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,30	71,97	71,97	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1762	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,32	71,98	71,98	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
1763	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	69,12	83,32	73,11	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1764	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991466046	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,86	103,33	103,33	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1765	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991351274	2021-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	103,85	103,85	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1766	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991452285	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	103,85	103,85	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1767	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991427511	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,40	103,90	103,90	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1768	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7.5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	103,68	122,04	109,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1769	Ivabradinum	Ivab, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991387044	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,00	82,14	73,11	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	12,23
1770	Ivabradinum	Ivab, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991387051	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,28	109,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,82
1771	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	76,51	73,11	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	6,60
1772	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,53	82,70	73,11	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	12,79
1773	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05901878600789	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	111,84	109,66	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	5,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1774	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991264734	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,86	121,18	109,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	14,72
1775	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	79,74	73,11	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	9,83
1776	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991326470	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,61	79,63	73,11	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	9,72
1777	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg	56 szt.	05909991326494	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	116,53	109,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07
1778	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	76,51	73,11	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	6,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1779	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	111,84	109,66	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	5,38
1780	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	59,40	73,11	73,11	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	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	89,10	106,74	106,74	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
1782	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	131,24	152,54	146,22	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,30
1783	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,62	79,64	73,11	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	9,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1784	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	196,86	223,88	219,33	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,52
1785	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	116,53	109,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07
1786	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	59,40	73,11	73,11	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	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	89,10	106,74	106,74	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
1788	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	5,69	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1789	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	23,11	25,86	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,00
1790	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2022-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	42,79	53,92	53,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1791	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	12,50	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,92
1792	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,92	17,84	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,73
1793	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,59	11,56	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,98
1794	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	17,17	22,25	18,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	13,09
1795	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,63	21,00	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,13
1796	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,45	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1797	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	7,85	6,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,80
1798	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	7,94	11,34	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,67
1799	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,61	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,03
1800	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,99	14,09	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,51
1801	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,53	3,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,18
1802	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,47	15,01	6,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,31
1803	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,09	6,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,39
1804	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,95	29,59	13,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,18
1805	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,79	22,39	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,33
1806	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	37,42	43,67	20,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,56
1807	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,53	3,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1808	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,09	6,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,39
1809	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,81	22,41	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,35
1810	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,09	12,51	6,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,81
1811	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,20	19,67	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,61
1812	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	70,16	85,30	85,30	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1813	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	105,24	124,34	124,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1814	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	140,30	162,95	162,95	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
1815	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,77	12,38	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,50
1816	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05902020241591	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	68,55	83,61	83,61	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1817	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05902020241607	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	102,82	121,81	121,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1818	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05902020241614	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	137,08	159,56	159,56	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 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
1819	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05902020241584	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,56	12,16	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,28
1820	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,91	82,94	82,94	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
1821	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,87	120,81	120,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1822	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,82	158,24	158,24	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
1823	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,49	12,08	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1824	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991376017	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	79,67	79,67	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1825	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991376055	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	115,91	115,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1826	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991376093	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,60	151,71	151,71	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1827	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991375966	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,68	11,68	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1828	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,37	79,22	79,22	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1829	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	96,55	115,23	115,23	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1830	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	128,74	150,81	150,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1831	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	11,62	11,62	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1832	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	108,00	127,57	127,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej 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
1833	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991368371	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,89	82,91	82,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1834	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991368401	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,84	120,78	120,78	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1835	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991368432	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,79	158,21	158,21	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1836	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991368333	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,48	12,07	12,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1837	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	23,71	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,30
1838	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	13,16	11,86	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,50
1839	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	25,74	23,71	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,23
1840	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990038701	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,81	7,07	5,93	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	4,34
1841	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990038565	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,62	13,62	11,86	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	4,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1842	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	24,02	30,75	23,71	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,24
1843	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	48,06	59,00	47,42	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	14,78
1844	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	50,92	63,32	63,32	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1845	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,97	17,79	15,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,16
1846	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	21,06	27,64	23,71	<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	7,13
1847	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	57,69	71,13	71,13	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1848	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	5,27	7,55	5,93	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1849	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	10,53	14,58	11,86	<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	5,92
1850	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,13	25,62	23,71	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	5,11
1851	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,77	7,03	5,93	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,30
1852	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,56	13,56	11,86	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,90
1853	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1854	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1855	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1856	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	10,32
1857	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	10,32
1858	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	7,12
1859	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,04	18,13	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,50
1860	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,02	9,29	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
1861	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,99	8,21	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,90
1862	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	15,98	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,35
1863	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,90	28,56	28,56	Jaskra		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1864	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2021-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,48	78,21	78,21	Jaskra		ryczałt	8,00
1865	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	34,96	31,61	Jaskra		ryczałt	6,55
1866	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,93	32,79	31,61	Jaskra		ryczałt	4,38
1867	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,37	40,37	37,93	Jaskra		ryczałt	5,64
1868	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,13	112,27	112,27	Jaskra		ryczałt	9,60
1869	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,84	36,89	31,61	Jaskra		ryczałt	8,48
1870	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	99,93	94,83	Jaskra		ryczałt	13,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1871	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2022-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,00	37,93	Jaskra		ryczałt	7,27
1872	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	100,43	118,88	113,80	Jaskra		ryczałt	14,68
1873	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,28	34,20	31,61	Jaskra		ryczałt	5,79
1874	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	95,39	94,83	Jaskra		ryczałt	8,56
1875	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,30	94,83	94,83	Jaskra		ryczałt	8,00
1876	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	36,09	31,61	Jaskra		ryczałt	7,68
1877	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,30	94,83	94,83	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1878	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	40,62	31,61	Jaskra		ryczałt	12,21
1879	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	86,67	103,61	94,83	Jaskra		ryczałt	16,78
1880	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,52	43,67	37,93	Jaskra		ryczałt	8,94
1881	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	103,56	122,18	113,80	Jaskra		ryczałt	17,98
1882	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,88	28,53	28,53	Jaskra		ryczałt	3,20
1883	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,53	78,27	78,27	Jaskra		ryczałt	8,00
1884	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	40,58	31,61	Jaskra		ryczałt	12,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1885	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	68,03	84,04	84,04	Jaskra		ryczałt	8,00
1886	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	29,66	29,66	Jaskra		ryczałt	3,20
1887	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	35,64	31,61	Jaskra		ryczałt	7,23
1888	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,74	38,89	31,61	Jaskra		ryczałt	10,48
1889	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,33	83,31	83,31	Jaskra		ryczałt	8,00
1890	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,63	31,61	Jaskra		ryczałt	12,22
1891	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,75	94,25	94,25	Jaskra		ryczałt	8,00
1892	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	50,76	62,79	56,64	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1893	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	89,60	107,57	107,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1894	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	89,64	107,61	107,61	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1895	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	100,44	118,95	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,87
1896	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,12	53,72	53,72	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1897	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	84,22	101,92	101,92	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1898	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,52	59,39	56,64	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,95
1899	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	71,28	86,82	84,96	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,06
1900	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	95,04	113,28	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1901	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	95,04	113,28	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1902	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991416683	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	41,58	53,15	53,15	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1903	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991416720	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,16	100,81	100,81	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1904	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,05	55,37	55,37	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1905	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990799923	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,60	60,15	55,37	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,78
1906	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,60	60,15	55,37	<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
1907	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	131,76	153,79	153,79	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	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,06	55,38	55,37	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,01
1909	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990794683	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,20	54,48	54,48	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1910	Letrozolum	Symletrol, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990956395	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,30	58,79	55,37	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	3,42
1911	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	596,67	651,63	557,78	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	103,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1912	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1128,72	1222,92	1115,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	126,57
1913	Leuprorelinum	Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075768	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	254,98	284,44	185,93	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	101,71
1914	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	05909990836246	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	190,08	216,29	185,93	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	33,56
1915	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	517,21	568,20	557,78	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	20,02
1916	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	495,72	545,64	545,64	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
1917	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
1918	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
1919	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
1920	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1921	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
1922	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755	2022-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	91,76	107,01	72,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	37,98
1923	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	46,36	57,34	50,23	Padaczka		ryczałt	10,67
1924	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,18	29,96	25,12	Padaczka		ryczałt	8,04
1925	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,16	37,74	36,12	Padaczka		ryczałt	4,82
1926	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,32	71,90	71,90	Padaczka		ryczałt	3,20
1927	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	79,19	95,81	95,81	Padaczka		ryczałt	7,11
1928	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1929	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,77	26,38	25,12	Padaczka		ryczałt	4,46
1930	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,89	13,96	12,56	Padaczka		ryczałt	4,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1931	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1932	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,80	26,41	25,12	Padaczka		ryczałt	4,49
1933	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	59,36	73,06	73,06	Padaczka		ryczałt	5,33
1934	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,68	38,34	37,67	Padaczka		ryczałt	3,87
1935	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,16	71,73	71,73	Padaczka		ryczałt	3,20
1936	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,25	49,87	49,87	Padaczka		ryczałt	3,56
1937	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,88	12,56	Padaczka		ryczałt	4,52
1938	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,62	26,22	25,12	Padaczka		ryczałt	4,30
1939	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,43	38,08	37,67	Padaczka		ryczałt	3,61
1940	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672	2021-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	56,16	69,63	69,63	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1941	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	114,72	100,46	Padaczka		ryczałt	21,37
1942	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,69	50,23	Padaczka		ryczałt	13,02
1943	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,69	50,23	Padaczka		ryczałt	13,02
1944	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	31,14	25,12	Padaczka		ryczałt	9,22
1945	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,90	87,28	75,35	Padaczka		ryczałt	17,26
1946	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,45	45,46	37,67	Padaczka		ryczałt	10,99
1947	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2022-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,14	56,06	50,23	Padaczka		ryczałt	9,39
1948	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,29	15,43	12,56	Padaczka		ryczałt	6,07
1949	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,57	29,32	25,12	Padaczka		ryczałt	7,40
1950	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,86	42,73	37,67	Padaczka		ryczałt	8,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1951	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	116,47	134,95	100,46	Padaczka		ryczałt	41,60
1952	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13
1953	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,87	12,56	Padaczka		ryczałt	9,51
1954	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13
1955	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,12	36,19	25,12	Padaczka		ryczałt	14,27
1956	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,14	52,48	37,67	Padaczka		ryczałt	18,01
1957	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,23	72,23	Padaczka		ryczałt	3,20
1958	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	108,00	126,06	100,46	Padaczka		ryczałt	32,71
1959	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
1960	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	17,76	12,56	Padaczka		ryczałt	8,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1961	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
1962	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	33,97	25,12	Padaczka		ryczałt	12,05
1963	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	49,71	37,67	Padaczka		ryczałt	15,24
1964	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2020-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
1965	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2021-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,81	38,42	36,12	Padaczka		ryczałt	5,50
1966	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
1967	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
1968	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45
1969	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
1970	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,46	32,91	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	17,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1971	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,40	14,34	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,92
1972	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,37	13,34	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,73
1973	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	17,97	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,12
1974	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	19,75	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,33
1975	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,23	39,67	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,41
1976	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,27	39,71	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,45
1977	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991192600	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,57	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	21,31
1978	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,91	22,92	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1979	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	18,83	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,98
1980	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,06	26,19	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,48
1981	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,08	38,17	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,60
1982	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2021-05-01 - dla kolumny 12, <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,77	13,49	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,64
1983	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,63	25,74	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,03
1984	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,45	37,51	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,94
1985	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,53	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,68
1986	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,59	21,53	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1987	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,63	21,57	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,57
1988	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,38	24,46	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,46
1989	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,19	14,98	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,13
1990	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	18,49	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,64
1991	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,97	38,06	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,49
1992	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1993	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
1994	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1995	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1996	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
1997	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
1998	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
1999	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	63,72	80,73	80,73	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
2000	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	38,88	49,57	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,87
2001	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2022-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	8,07	11,51	11,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2002	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,26	14,44	14,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2003	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,13	7,52	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2004	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	12,83	17,68	17,68	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2005	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,42	9,27	9,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2006	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	15,40	20,92	20,92	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2007	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	11,03	11,03	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2008	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,99	12,78	12,78	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2009	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,26	14,44	14,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2010	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	11,03	11,03	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2011	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	3,84	5,65	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,27
2012	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,31	14,50	14,50	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2013	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,15	7,54	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,66
2014	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,15	7,54	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,66
2015	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	2,57	3,78	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,26
2016	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,64	14,84	14,84	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2017	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,78	8,20	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,32
2018	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,02	8,64	8,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,29
2019	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,07	17,93	17,93	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2020	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2021	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,70	9,77	9,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2022	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,04	19,49	19,49	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2023	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,56	10,88	10,88	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2024	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,96	12,75	12,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2025	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,62	13,77	13,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2026	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,74	8,16	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,64
2027	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,82	5,61	1,86	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,61
2028	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,31	11,91	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,03
2029	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2030	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,04	13,48	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,65
2031	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,69	7,59	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,21
2032	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,72	7,91	6,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
2033	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,51	7,92	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,04
2034	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2035	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,88	11,21	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2036	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2037	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,97	6,84	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,46
2038	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	9,28	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,20
2039	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790	2022-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	13,61	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,46
2040	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,67	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,52
2041	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,72	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,57
2042	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,26	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,11
2043	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,65	4,65	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,65
2044	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	11,84	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,76
2045	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,66	19,39	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,24
2046	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	7,62	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2047	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	12,06	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,34
2048	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	19,57	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,69
2049	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	7,56	2,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,56
2050	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,34	9,23	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,51
2051	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	16,97	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,09
2052	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	4,60	2,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,60
2053	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,49
2054	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2022-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	24,16	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,01
2055	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2021-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	22,23	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,08
2056	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,53	14,80	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2057	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,93	21,79	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,64
2058	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,85	20,48	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,60
2059	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2022-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,80	15,11	15,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2060	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2022-01-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	5,16	7,55	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,78
2061	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,29	12,60	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	5,40
2062	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,01	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,59
2063	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,92	30,51	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	13,68
2064	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,23	47,02	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	21,76
2065	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,13	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,71
2066	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,91	30,50	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	13,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2067	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,96	44,64	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	19,38
2068	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,42	16,46	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	8,04
2069	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	15,42	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,92
2070	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,56	14,85	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,10
2071	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	13,95	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,64
2072	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2019-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	13,95	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,64
2073	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg	28 tabl.	05909990810796	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	14,79	14,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,44
2074	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	14,40
2075	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,06	25,31	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2076	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,02	13,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,78
2077	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,33	25,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,99
2078	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	32,82	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,90
2079	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,35	8,19	8,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	2,46
2080	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,05	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,30
2081	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,29	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,98
2082	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,12	14,38	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,63
2083	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,36	11,49	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,74
2084	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,65	22,29	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	15,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2085	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
2086	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
2087	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,07	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32
2088	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
2089	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,45	43,04	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,77
2090	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,07	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32
2091	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
2092	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,45	43,04	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,77
2093	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2019-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,40
2094	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,02	13,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,78
2095	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,33	25,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,99
2096	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,48	37,60	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2097	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,06	25,31	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,70
2098	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,85
2099	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,12	14,38	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,63
2100	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	27,07	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,55
2101	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	14,02	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
2102	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,58	14,27	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,69
2103	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,96	14,67	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,09
2104	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2105	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2106	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2107	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812	2022-01-01	3 lata	49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę	17,28	23,27	23,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,64
2108	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2022-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	8,37	11,93	11,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2109	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 tabl.	05909997217963	2018-01-01	5 lat	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,99	9,43	9,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2110	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	13,72	18,34	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
2111	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,66	9,31	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,83
2112	Medroxyprogesteronum	Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.po 3,3 ml	05909990236510	2022-01-01	3 lata	127.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego	10,96	15,31	15,31	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy		ryczałt	3,20
2113	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2114	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2115	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2116	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2022-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2117	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2021-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	26,88	26,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,44
2118	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,05	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,47
2119	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,53	14,60	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,73
2120	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	12,41	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,83
2121	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,58	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,00
2122	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2123	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt.	05909990431151	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,10	5,67	4,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,38
2124	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,65	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,07
2125	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,79	7,44	4,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,15
2126	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,31	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2127	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,51	5,05	4,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,76
2128	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2129	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,37	9,23	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,65
2130	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,65	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,07
2131	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	99,36	118,05	118,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2132	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1234,44	1337,80	1211,50	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		ryczałt	129,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2133	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	616,68	674,58	605,76	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	72,02
2134	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,78	161,51	151,45	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	13,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2135	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,39	84,64	75,71	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	12,13
2136	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	41,04	51,90	51,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2137	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	41,04	51,90	51,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2138	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	38,76	48,18	39,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,95
2139	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	44,76	20,77	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,19
2140	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	63,13	77,41	77,41	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2141	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	87,24	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	48,90
2142	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	38,18	47,59	38,77	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2143	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	43,73	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,39
2144	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	70,52	85,21	77,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,87
2145	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,31	83,37	83,08	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,49
2146	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	28,88	20,77	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,31
2147	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	38,34	48,12	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	9,78
2148	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	144,50	162,90	77,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	88,56
2149	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2022-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	132,65	150,40	78,85	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,11
2150	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2022-05-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	154,44	174,61	94,62	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	84,26
2151	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	76,68	87,82	35,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	55,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2152	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2022-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	314,49	346,66	189,25	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	165,94
2153	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2021-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	315,58	347,80	189,25	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	167,08
2154	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	130,68	148,33	78,85	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,04
2155	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	120,96	142,13	142,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2156	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,08	83,08	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2157	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	60,48	74,62	74,62	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2158	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,02	43,58	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,24
2159	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	122,25	143,28	143,28	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2160	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430	2022-05-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	133,92	152,26	83,08	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	72,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2161	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	77,58	89,32	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	50,98
2162	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	40,89	50,40	39,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	14,17
2163	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,40	7,93	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,77
2164	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	13,71	13,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2165	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,12	18,79	18,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2166	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,59	3,89	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,41
2167	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2168	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,57	10,03	10,03	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2169	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,32	6,53	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,47
2170	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,10	12,00	12,00	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2171	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,16	16,21	16,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2172	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,28	16,20	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,04
2173	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	26,57	31,74	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,22
2174	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,30	29,36	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,84
2175	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,39	8,94	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2176	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,99	16,95	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,79
2177	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,36	22,41	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,57
2178	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,53	12,81	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,49
2179	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,49	23,59	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,75
2180	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,68	29,82	29,44	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2181	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,31	16,77	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,25
2182	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,06
2183	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,37	15,07	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,23
2184	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,17
2185	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	18,77	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,29
2186	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	38,70	46,65	29,44	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	23,61
2187	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,68	12,42	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,26
2188	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,34	24,15	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,63
2189	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,34	24,15	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,63
2190	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,84	6,25	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2191	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,68	12,42	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,26
2192	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	29,02	35,48	22,08	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,20
2193	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,25	9,36	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,04
2194	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,52	18,38	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,54
2195	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,31	29,44	29,44	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2196	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,31	29,44	29,44	<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%	8,83
2197	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,36	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,03
2198	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,36	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,04
2199	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,72	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2200	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,72	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,99
2201	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,01	22,08	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,73
2202	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,01	22,08	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,55
2203	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,16	15,56	14,72	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2204	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,16	15,56	14,72	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,26
2205	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2206	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,68	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	1,96
2207	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,36	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,82
2208	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,36	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2209	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,12	11,04	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,28
2210	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,12	11,04	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,39
2211	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,96	25,40	25,02	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,82
2212	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,96	25,40	25,02	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,89
2213	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,74	6,97	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2214	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,49	13,45	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,14
2215	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,58	19,80	18,77	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,11
2216	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,50	13,47	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,16
2217	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,67	8,21	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,05
2218	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	5,36	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2219	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,51	7,78	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,72
2220	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,04	36,43	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,91
2221	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,40	8,94	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2222	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,52	18,56	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,40
2223	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,10	13,41	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,09
2224	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,27	27,56	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,72
2225	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991415365	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2226	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	13,71	13,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2227	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991415389	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,09	19,80	19,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2228	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,34	3,63	3,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2229	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2230	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,04	10,52	10,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2231	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	6,18	6,18	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2232	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,97	11,86	11,86	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2233	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,96	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2234	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991415686	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,88	12,63	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,47
2235	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991415693	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,76	24,59	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,07
2236	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624	2021-07-01	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,94	6,36	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88
2237	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,87	12,62	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2238	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,81	18,68	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2239	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991415655	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,41	9,53	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,21
2240	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991415662	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,82	18,69	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,85
2241	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,52	27,56	27,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2242	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,60	28,69	28,69	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2243	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,71	8,26	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,10
2244	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,26	14,61	14,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2245	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	15,58	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2246	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,39	21,17	21,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2247	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,68
2248	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,68	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2249	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,36	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,06
2250	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2020-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,36	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,07
2251	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,28	7,53	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,47
2252	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,17
2253	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	18,77	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,29
2254	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,71	14,56	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,40
2255	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,43	28,44	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,92
2256	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,56	9,11	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,63
2257	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,24	18,25	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,09
2258	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,86	27,13	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2259	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,02	11,22	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,90
2260	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,04	22,07	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,23
2261	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,37	6,85	6,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2262	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,34	3,63	3,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2263	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,72	5,90	5,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2264	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,36	29,49	29,44	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,45
2265	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2266	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	15,58	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2267	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,77	22,62	22,08	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,34
2268	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,19	15,59	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2269	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,19	4,52	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2270	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2271	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,39	11,94	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,10
2272	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,07	25,50	25,02	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,92
2273	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,98	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,92
2274	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	13,42	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,11
2275	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,31	19,52	18,77	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,83
2276	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	44,71	52,96	29,44	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,92
2277	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	14,00	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,84
2278	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,36	28,37	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2279	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,79	7,25	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,77
2280	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	33,53	40,22	22,08	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,94
2281	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,38	10,55	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,23
2282	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,74	14,59	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,43
2283	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,49	28,50	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,98
2284	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,89	7,35	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,87
2285	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,77	14,62	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,46
2286	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,82	11,01	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,69
2287	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,65	21,66	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,82
2288	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,31	12,04	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2289	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,62	23,39	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,87
2290	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,65	6,05	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,57
2291	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,31	12,04	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,88
2292	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,99	9,09	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,77
2293	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,98	17,81	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,97
2294	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	05909990933198	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,84	22,69	22,08	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,41
2295	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,70	5,62	2,20	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,62
2296	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	16,24	21,96	21,96	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2297	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	5,02	6,64	4,39	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,45
2298	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,49	22,27	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2299	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	73,22	88,31	88,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2300	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	97,63	115,63	115,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2301	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	146,45	169,19	169,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2302	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	195,26	222,14	222,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2303	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	244,08	274,55	274,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2304	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	292,90	326,97	326,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2305	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	216,85	245,38	245,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2306	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	289,14	323,02	323,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2307	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	361,26	400,48	400,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2308	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	433,71	478,29	478,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2309	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	505,76	555,67	555,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2310	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	578,28	633,54	633,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2311	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	650,27	710,86	710,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2312	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	722,84	788,79	788,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2313	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	794,77	866,05	866,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2314	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	867,41	944,04	944,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2315	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	18,60	24,49	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
2316	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	24,80	32,00	29,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,51
2317	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	31,00	39,38	37,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2318	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	37,20	46,75	44,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,41
2319	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	43,39	54,11	51,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,35
2320	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	49,59	61,19	59,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,00
2321	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,79	68,27	66,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,66
2322	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,99	75,36	74,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,33
2323	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,39	89,53	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,65
2324	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,52	89,67	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,79
2325	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	99,36	117,45	117,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2326	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2327	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2328	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	248,40	279,09	279,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2329	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2330	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2331	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2332	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2333	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	397,44	439,04	439,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2334	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	496,80	545,68	545,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2335	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	596,16	652,32	652,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2336	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	314,88	350,04	350,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2337	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	351,82	391,14	391,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2338	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	439,78	485,80	485,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2339	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	527,73	580,47	580,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2340	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,31
2341	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2022-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,98
2342	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	x	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,24
2343	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2022-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2344	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	90,18	107,81	107,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2345	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	139,32	161,71	161,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2346	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	189,54	216,14	216,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2347	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	239,76	270,02	270,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2348	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,42	81,16	81,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2349	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	62,64	76,85	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67
2350	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2.5 mg	100 szt. (w pojemniku)	05909991303563	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,64	21,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,67
2351	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	36,72	46,50	42,17	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	7,53
2352	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	69,12	84,34	84,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2353	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	19,98	26,50	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2354	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	27,54	37,45	37,45	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2355	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	10,26	14,29	11,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	5,78
2356	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	31,86	38,97	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	18,74
2357	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,26	76,00	46,86	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	32,34
2358	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	77,76	92,20	70,28	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,12
2359	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	102,06	119,69	93,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	30,25
2360	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,36
2361	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,80	15,04	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,69
2362	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	32,40	42,81	42,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2363	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,48	9,23	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,40
2364	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220	2021-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	52,49	65,12	65,12	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2365	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	21,06	28,47	28,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2366	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,48	9,23	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,40
2367	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2021-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	10,80	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2368	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	24,51	32,10	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2369	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,46	9,21	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
2370	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718	2022-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	34,88	43,25	32,56	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	13,89
2371	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	10,29	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,56
2372	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,51	7,02	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,26
2373	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,47	9,28	8,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2374	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,44	27,99	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,09
2375	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,91	48,28	48,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,48
2376	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2020-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,90	25,33	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
2377	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,20	8,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,57
2378	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,16	25,60	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,70
2379	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,64	47,99	47,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,40
2380	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991120962	2018-03-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,44	25,89	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,99
2381	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	7,05	9,89	8,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,26
2382	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,17	27,71	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,81
2383	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,20	8,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,57
2384	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,12	25,56	24,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2385	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,74	17,53	16,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,27
2386	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2022-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	19,44	25,97	25,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,99
2387	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2388	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		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 obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2389	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2390	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2391	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	213,92	242,74	242,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2392	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	16,74	21,46	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,41
2393	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,15	16,63	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,58
2394	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	11,34	15,79	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,74
2395	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366	2021-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,57	16,87	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
2396	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2021-05-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,71	16,40	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,29
2397	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2020-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,72	15,98	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2398	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	24,79	32,43	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,22
2399	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2022-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	21,60	28,83	28,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,42
2400	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,34	20,21	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,10
2401	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2021-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,42	17,14	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,03
2402	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2020-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2403	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2020-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2404	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2021-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	20,63	27,41	27,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,71
2405	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638	2019-01-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
2406	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2021-11-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,34	15,84	15,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,27
2407	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2408	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,67	20,37	20,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,11
2409	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,08	26,05	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,43
2410	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2022-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,96	14,09	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,85
2411	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2022-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	17,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2412	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	22,53	28,63	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	13,01
2413	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,94	15,12	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2414	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,96	18,81	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,00
2415	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	19,14	25,07	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,45
2416	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,26	13,35	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2417	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,07	16,82	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,01
2418	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,36	22,15	22,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,65
2419	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2020-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,77	21,53	21,53	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,46
2420	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2421	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2021-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,71	21,72	21,72	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,52
2422	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	38,56	48,57	47,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	15,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2423	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,26	13,35	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2424	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,82	13,41	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,60
2425	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,79	24,70	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,08
2426	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,13	10,08	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,84
2427	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,68	12,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,41
2428	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	19,33	25,27	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,65
2429	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,21	13,30	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,06
2430	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,91	16,66	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,85
2431	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,69	22,49	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2432	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,97	9,90	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,66
2433	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,66	12,19	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,38
2434	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,94	7,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,57
2435	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,94	7,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
2436	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,51	66,91	66,91	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2437	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,51	66,91	66,91	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2438	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,00	109,22	109,22	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2439	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,00	109,22	109,22	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2440	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,06	23,14	22,71	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,63
2441	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,06	23,14	22,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2442	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	29,18	38,74	38,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2443	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	29,18	38,74	38,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2444	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	14,79	18,94	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,73
2445	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	14,79	18,94	12,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,53
2446	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	18,50	24,82	24,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2447	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	18,50	24,82	24,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2448	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,42	17,03	15,14	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,09
2449	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,42	17,03	15,14	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2450	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	119,88	140,59	140,59	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2451	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	119,88	140,59	140,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2452	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	237,02	267,60	267,60	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2453	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	237,02	267,60	267,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2454	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2455	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2456	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,84
2457	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2458	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2459	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2460	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	209,24	232,84	108,46	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	127,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2461	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	49,93
2462	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	49,93
2463	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,47	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2464	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,47	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2465	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	62,64	76,90	76,90	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2466	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	70,20	84,84	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	10,57
2467	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,27	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2468	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,27	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2469	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	14,11	4,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2470	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	40,96	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,09
2471	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	53,88	64,24	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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	25,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2472	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	71,82	84,51	56,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	31,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2473	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	107,73	124,51	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2474	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	138,24	158,25	112,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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	49,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2475	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	170,73	193,52	140,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2476	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	197,24	222,49	168,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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	58,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2477	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	265,25	295,61	224,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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	76,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2478	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	322,49	356,86	280,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	83,04
2479	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2021-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	215,46	244,39	244,39	Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonista opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2480	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,57	18,84	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,97
2481	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,42	36,45	27,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,70
2482	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,83	10,25	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,81
2483	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,41	28,09	20,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,78
2484	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,69	20,01	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,14
2485	Naproxenum	Napritum, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991292492	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,93	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2486	Naproxenum	Napritum, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991292720	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,85	14,93	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,06
2487	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,19	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,75
2488	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	16,66	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,93
2489	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,19	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,75
2490	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 tabl.	05909990644186	2018-01-01	5 lat	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,85	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,98
2491	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,10	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2492	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,56	15,68	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,81
2493	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,64	11,45	8,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2494	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,96	17,61	17,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,11
2495	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,56	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,98
2496	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	19,30	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,43
2497	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,54	9,41	5,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,89
2498	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,33	15,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2499	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	18,51	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,47
2500	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	41,02	30,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,90
2501	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,39	7,15	5,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,63
2502	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,78	14,07	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,03
2503	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,17	20,73	15,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,17
2504	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	32,34	39,83	30,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,71
2505	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	10,72	14,39	11,90	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	6,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2506	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,81	41,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2507	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,81	41,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2508	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,35	69,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2509	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,35	69,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2510	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	25,49	33,67	33,67	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2511	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	25,49	33,67	33,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2512	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	8,38	10,26	4,45	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2513	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	12,84	15,87	7,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,38
2514	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2515	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2516	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,76	21,76	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2517	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,76	21,76	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2518	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2022-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	11,25	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
2519	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,23	13,83	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,93
2520	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	12,50	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,81
2521	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2021-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,28	23,33	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2522	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,16	11,67	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
2523	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,07	21,82	21,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2524	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	32,15	41,43	41,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2525	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,37	16,08	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,18
2526	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,36	24,23	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,01
2527	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,15	16,90	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,00
2528	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2021-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,44	16,15	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,25
2529	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,10	15,80	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
2530	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,69	14,31	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,41
2531	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2020-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,61	13,18	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,28
2532	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2533	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,23	11,73	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2534	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2020-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	12,39	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,70
2535	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,78	39,44	39,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2536	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	12,91	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,22
2537	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,13	17,93	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,03
2538	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	7,82	3,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,10
2539	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436	2021-07-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,74	17,53	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,82
2540	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,94	15,62	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
2541	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2022-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,64	17,42	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71
2542	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	5,05	3,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,65
2543	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,67	10,10	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2544	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	7,95	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,95
2545	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,32	15,45	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	7,45
2546	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,14	22,91	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,96
2547	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	560,76	616,03	605,66	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,57
2548	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1121,53	1219,55	1211,31	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2549	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1682,28	1816,97	1816,97	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2550	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	43,20	52,28	30,28	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,20
2551	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	32,40	38,46	15,14	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,52
2552	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	560,76	616,03	605,66	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2553	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1121,53	1219,55	1211,31	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2554	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1682,28	1816,97	1816,97	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2555	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	16,59	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,92
2556	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	16,59	11,34	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,25
2557	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,16	71,62	71,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2558	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	37,68	37,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2559	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,16	71,21	71,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2560	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,70	102,20	102,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2561	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	133,04	133,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2562	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	37,79	37,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2563	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,14	87,99	87,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2564	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,58	88,44	88,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2565	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,62	91,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2566	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	144,29	167,74	167,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2567	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,15	168,65	168,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2568	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,90	173,64	173,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2569	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,00	47,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,18
2570	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,95	90,94	90,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2571	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,69	78,69	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2572	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,69	78,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2573	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	86,18	104,80	104,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2574	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,91	136,90	136,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2575	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,53	41,53	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2576	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,53	41,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2577	Olanzapinum	Olanzapina Stada, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990896745	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,28	80,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2578	Olanzapinum	Olanzapina Stada, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990896738	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,33	42,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2579	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,76	89,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2580	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,72	47,21	47,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2581	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,88	91,91	91,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2582	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,88	91,91	91,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2583	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	260,28	292,56	292,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2584	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	271,62	304,47	304,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2585	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	148,75	172,43	172,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2586	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,27	46,39	46,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2587	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,14	151,92	151,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23
2588	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	135,00	157,02	157,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2589	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,93	55,22	55,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2590	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,40	78,78	78,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2591	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,47	29,80	29,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2592	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,62	94,80	94,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,96
2593	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,94	138,15	138,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2594	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,35	181,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2595	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,59	47,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,77
2596	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,43	75,69	75,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2597	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	230,19	230,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2598	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,46	72,57	72,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2599	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,46	72,57	72,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2600	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,73	38,49	38,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2601	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,71	88,59	88,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2602	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,21	44,23	44,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2603	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	82,11	82,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2604	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	43,23	43,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2605	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	82,11	82,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2606	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	99,79	119,09	119,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2607	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,06	155,95	155,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2608	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	43,23	43,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2609	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	84,82	84,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2610	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	43,46	43,46	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2611	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	309,66	345,38	345,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2612	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	296,14	331,74	331,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2613	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,78	93,91	93,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2614	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,77	100,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,21
2615	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,03	181,12	181,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2616	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	167,83	192,87	192,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2617	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,75	283,06	283,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2618	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	154,83	178,81	178,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2619	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	148,07	172,12	172,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2620	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,89	49,14	47,02	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,32
2621	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,96	52,71	50,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,53
2622	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,52	94,69	94,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,85
2623	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,77	100,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,21
2624	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,87	146,88	146,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,80
2625	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	81,35	97,66	94,04	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	6,82
2626	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,03	63,72	63,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2627	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,28	80,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2628	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,74	89,67	89,67	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2629	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,74	89,67	89,67	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2630	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,75	219,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2631	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,75	219,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2632	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,62	130,46	130,46	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2633	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	289,16	323,38	323,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2634	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	147,50	171,12	171,12	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2635	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	385,55	427,01	427,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2636	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,49	34,02	34,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2637	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,52	34,06	34,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2638	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,87	47,02	47,02	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2639	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,87	47,02	47,02	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2640	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,55	114,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2641	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,55	114,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2642	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	337,48	375,14	375,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2643	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,17	100,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,61
2644	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,17	100,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,61
2645	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	261,47	293,26	293,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2646	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	126,52	147,57	147,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2647	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	379,57	420,38	420,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2648	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,70	193,79	193,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2649	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	506,09	556,33	556,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2650	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,74	193,83	193,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2651	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,99	50,64	50,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,46
2652	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,58	54,41	50,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,23
2653	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,73	151,99	151,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,65
2654	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,99	73,71	73,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2655	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	314,98	350,97	350,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2656	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,73	97,01	94,04	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,17
2657	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,57	267,76	267,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,96
2658	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	472,47	520,20	520,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2659	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,10	141,47	141,06	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,89
2660	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,36	395,39	395,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,44
2661	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	629,96	689,44	689,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,89
2662	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,47	185,78	185,78	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2663	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	475,14	523,01	523,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2664	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,49	181,60	181,60	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2665	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,36	50,69	47,02	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,87
2666	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,78	139,03	139,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,48
2667	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,02	95,62	95,62	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2668	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	247,85	278,96	278,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2669	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,33	148,42	148,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2670	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	374,71	415,28	415,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2671	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	174,96	200,36	200,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2672	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	503,50	553,62	553,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2673	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,19	49,80	49,80	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2674	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,19	141,97	141,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,80
2675	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,72	93,84	93,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2676	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,35	181,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2677	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,75	140,05	140,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2678	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	240,41	270,74	270,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2679	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,48	185,79	185,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2680	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	322,96	359,35	359,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,95
2681	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	47,04	47,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,22
2682	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,81	92,89	92,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2683	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,91	78,30	78,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2684	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,17	123,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2685	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,96	143,25	143,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2686	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	40,97	40,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2687	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	546,48	600,74	600,74	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	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 obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2688	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	785,78	858,20	858,20	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
2689	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1060,84	1154,23	1154,23	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
2690	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	153,09	177,10	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	55,63
2691	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2022-05-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	147,53	171,28	171,28	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	51,38
2692	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	11,33	11,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,67
2693	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,10	19,26	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
2694	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,55	25,88	25,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,94
2695	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,46	40,25	40,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,13
2696	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,88	15,86	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2697	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,76	30,30	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,04
2698	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,10	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,95
2699	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	8,75	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,44
2700	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,91	18,00	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,37
2701	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	35,96	44,90	42,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	23,59
2702	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,06	27,46	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,20
2703	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,37	9,03	9,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,52
2704	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,74	16,63	16,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,32
2705	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,46	10,17	10,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,09
2706	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,70	18,69	18,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2707	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	20,40	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,77
2708	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,82	31,41	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,15
2709	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,56	18,68	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,05
2710	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,18	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,42
2711	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,21
2712	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,21	14,11	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,48
2713	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,79	15,77	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,14
2714	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909990796359	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2715	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 tabl.	05909990796533	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2716	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,45	41,03	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	22,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2717	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	12,73	16,39	10,82	Nowotwory złośliwe		ryczałt	8,77
2718	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,98	21,64	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2719	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909991394264	2020-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	29,92	36,28	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	17,84
2720	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,45	41,03	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	22,59
2721	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	28,08	32,50	10,82	Nowotwory złośliwe		ryczałt	24,88
2722	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	47,52	54,76	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	36,32
2723	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	45,90	53,06	21,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	34,62
2724	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	23,95	23,95	Padaczka		ryczałt	3,20
2725	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	45,53	45,53	Padaczka		ryczałt	3,20
2726	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	86,82	86,82	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2727	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 150 mg	50 tabl.	05909991303518	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	23,84	23,84	Padaczka		ryczałt	3,20
2728	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	50 tabl.	05909991300661	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,42	45,31	45,31	Padaczka		ryczałt	3,20
2729	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 600 mg	50 tabl.	05909991300739	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,85	86,37	86,37	Padaczka		ryczałt	3,20
2730	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka		ryczałt	3,97
2731	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	95,90	95,80	Padaczka		ryczałt	3,30
2732	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,97
2733	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2022-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	67,80	82,81	82,81	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2734	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	76,90	92,73	92,73	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2735	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2022-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	16,31	22,06	22,06	Stwardnienie rozsiane		30%	6,62
2736	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,28	63,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,19
2737	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,28	63,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2738	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	138,65	126,58	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	15,27
2739	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	138,65	126,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,27
2740	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,39	253,17	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	19,91
2741	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,39	253,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,91
2742	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	522,29	506,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	27,34
2743	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	522,29	506,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	27,34
2744	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	34,99	44,11	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,33
2745	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	34,99	44,11	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,33
2746	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,73
2747	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2748	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	139,97	161,97	151,90	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	13,48
2749	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	139,97	161,97	151,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2750	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,82	23,46	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,67
2751	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,82	23,46	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,67
2752	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	279,94	312,94	303,80	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	15,97
2753	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	279,94	312,94	303,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,97
2754	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	30,93	39,85	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,07
2755	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	30,93	39,85	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,07
2756	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	61,86	75,95	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2757	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	61,86	75,95	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2758	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	123,72	144,91	144,91	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,41
2759	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	123,72	144,91	144,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2760	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,47	20,99	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,20
2761	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,47	20,99	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2762	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	247,45	278,82	278,82	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2763	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	247,45	278,82	278,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2764	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	73,40	89,28	89,28	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2765	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	154,68	178,62	178,56	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,06
2766	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	309,36	345,04	345,04	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2767	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	36,70	46,83	44,64	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,19
2768	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	32,72	42,63	42,63	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2769	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	65,45	80,93	80,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2770	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	130,90	153,66	153,66	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2771	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	18,47	24,74	22,32	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,42
2772	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,39	89,28	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,11
2773	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	146,88	170,43	170,43	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2774	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	293,76	328,66	328,66	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2775	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	36,72	46,84	44,64	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,20
2776	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	38,54	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,76
2777	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	38,54	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
2778	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	77,61	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,86
2779	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	77,61	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,86
2780	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,20	151,90	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,71
2781	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,20	151,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,71
2782	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,66	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,87
2783	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,66	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,87
2784	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	313,38	303,80	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	16,41
2785	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	313,38	303,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2786	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	3363,88	3603,66	3603,66	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2787	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4485,65	4795,76	4795,76	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2788	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6731,40	7182,47	7182,47	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2789	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2022-09-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1262,21	1370,20	1370,20	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
2790	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2022-09-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1906,89	2055,30	2055,30	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
2791	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2022-09-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	943,40	1027,64	1027,64	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
2792	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	10,45
2793	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2794	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,70	11,06	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,75
2795	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,09	19,23	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,60
2796	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,50	23,73	23,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,87
2797	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,46	4,59	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,94
2798	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,99	45,01	45,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	22,51
2799	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,77	9,03	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,72
2800	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,61	4,75	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,10
2801	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,21	9,49	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,18
2802	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	8,75	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,44
2803	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,99	17,03	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2804	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,77	6,93	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,62
2805	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,16	13,01	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,51
2806	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,55	9,85	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,54
2807	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,01	19,15	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,52
2808	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,78	7,99	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,68
2809	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,56	15,53	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,90
2810	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,28	20,63	20,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,32
2811	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,56	39,23	39,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,62
2812	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,84	16,87	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,24
2813	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	8,72	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2814	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,32	11,08	11,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,54
2815	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,34	11,10	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,55
2816	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,96	17,00	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,37
2817	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,64	20,72	20,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,36
2818	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,69	20,77	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,39
2819	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	25,68	32,31	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,05
2820	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,23
2821	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909991186371	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,49	13,35	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72
2822	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,23
2823	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 tabl.	05909991186418	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,00	25,30	25,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2824	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,73	5,84	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,92
2825	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,47	12,28	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,14
2826	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	6,96	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
2827	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,48	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,85
2828	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,64	6,79	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,48
2829	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,07	12,90	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,45
2830	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,40	13,26	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,63
2831	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,10	6,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,12
2832	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,21	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,01
2833	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,21	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2834	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,46	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,61
2835	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,42	12,24	12,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,12
2836	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,93	21,03	21,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,52
2837	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,44	9,73	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,42
2838	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,58	13,44	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,81
2839	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,88	19,01	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,38
2840	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,43	8,67	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,36
2841	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	16,88	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
2842	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,96	17,00	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,88
2843	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,26	18,36	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,24
2844	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	28,51	35,30	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2845	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,96	12,80	12,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,84
2846	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
2847	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
2848	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,58	18,70	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,58
2849	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	29,16	35,98	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,74
2850	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,47	18,57	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,45
2851	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,61	15,58	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,46
2852	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2020-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	64,80	79,34	79,34	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2853	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	7,45	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2854	Perazinum	Perazin 200mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	14,90	20,20	20,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2855	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,16	2,78	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,00
2856	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 tabl.	05909990914838	2018-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,02	4,45	4,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2857	Perazinum	Perazin 50mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,62	5,32	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2858	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	9,69	12,96	10,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2859	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,71	3,36	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,58
2860	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2020-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,84	6,60	5,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,26
2861	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
2862	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
2863	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
2864	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
2865	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,48
2866	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,90	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
2867	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	15,81	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,73
2868	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	12,80	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,72
2869	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	05909990908189	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2870	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	05909990908158	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,03
2871	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	05909990908264	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	31,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	68,23
2872	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	05909990908233	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	31,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	68,23
2873	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	34,66	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,51
2874	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,15	21,74	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,66
2875	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,92
2876	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,92
2877	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,97
2878	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,97
2879	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2880	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,18
2881	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,18
2882	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,18
2883	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2020-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,27	6,27	6,27	Padaczka		ryczałt	3,20
2884	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2022-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,32	6,33	6,27	Padaczka		ryczałt	3,26
2885	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 tabl.	05909990071029	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	21,38	28,23	28,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2886	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,65	33,48	33,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2887	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	5,79	8,33	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,96
2888	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	19,81	19,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2889	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,24	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,08
2890	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519	2022-01-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,80	15,11	15,11	Padaczka		ryczałt	3,20
2891	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2022-01-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	32,24	41,43	41,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2892	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524	2022-01-01	3 lata	211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	8,86	12,59	12,59	Jaskra		30%	3,78
2893	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,11	25,93	19,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	12,32
2894	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	213,92	242,74	242,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2895	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	709,88	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	4,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2896	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	800,60	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	95,05
2897	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	709,88	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	4,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2898	Posaconazolum	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	982,04	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	276,49
2899	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	708,75	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2900	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	708,75	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2901	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	15,66	21,18	19,05	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	7,85
2902	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg	30 szt.	05909991238582	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,34	48,71	46,66	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	16,05
2903	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg	30 szt.	05909991238629	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,70	69,99	69,99	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	21,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2904	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	76,68	92,95	92,95	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	27,89
2905	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	9,61	12,72	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,14
2906	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	27,00	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
2907	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,20
2908	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,02
2909	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2020-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,70
2910	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2911	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2020-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,54
2912	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,27
2913	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2><4>2022-09-01/<3>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,33
2914	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2915	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2020-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,37
2916	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,17
2917	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	18,77	25,37	25,37	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2918	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,24	101,17	101,17	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2919	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,37	101,31	101,31	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2920	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,67	101,61	101,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2921	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	10,80	14,95	12,73	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,42
2922	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,18	50,90	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2923	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,18	50,90	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2924	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	90,72	108,28	108,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2925	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg	60 szt.	05909991378356	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	181,44	207,53	207,53	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2926	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	45,36	56,65	54,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,31
2927	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	25,92	37,34	37,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2928	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	31,32	45,61	45,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2929	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	38,88	54,94	54,94	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2930	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	14,58	20,97	20,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2931	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	20,52	30,27	30,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2932	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	105,84	124,90	124,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,73
2933	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	52,92	65,34	63,63	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,91
2934	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	43,20	54,39	51,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,09
2935	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,40	103,75	103,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,13
2936	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,38	103,73	103,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2937	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	21,60	28,58	25,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	5,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2938	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2020-11-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	11,58	14,70	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12
2939	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,61	8,16	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2940	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	2,43	2,95	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,95
2941	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,80	5,58	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
2942	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,89	4,48	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,48
2943	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,09	7,98	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	5,60
2944	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	135,00	157,34	157,34	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2945	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	98,13	116,69	116,69	Miastenia		ryczałt	5,33
2946	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	98,13	116,69	116,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,01
2947	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,36	45,54	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,02
2948	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	96,29	91,07	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2949	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,09	5,69	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,60
2950	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,94	42,99	42,99	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2951	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,68	82,68	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2952	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,51	7,76	5,69	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,27
2953	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	119,86	119,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2954	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,81	83,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2955	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,26	123,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2956	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,79	163,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2957	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,50	46,73	45,54	Schizofrenia		ryczałt	4,39
2958	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,01	89,03	89,03	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2959	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	7,97	5,69	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,48
2960	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,37	45,54	45,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2961	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,74	86,65	86,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2962	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,11	125,82	125,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2963	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,49	48,81	45,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,47
2964	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,91	92,08	91,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,21
2965	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,09	5,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,60
2966	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,55	133,63	133,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2967	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,21	69,42	68,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,32
2968	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,95	91,07	91,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2969	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,43	132,45	132,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2970	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,90	173,77	173,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2971	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,74	25,11	22,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,54
2972	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,83	78,08	75,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,39
2973	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,01	25,39	22,77	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,82
2974	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,64	50,02	45,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,68
2975	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,44	148,87	148,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,33
2976	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,48	47,76	45,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,42
2977	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,22	93,45	91,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,58
2978	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	25,76	18,97	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	9,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2979	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,27	132,28	132,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2980	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,49	45,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,15
2981	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,55	91,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,68
2982	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,21	5,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,72
2983	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,74	90,85	90,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2984	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,10	132,11	132,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2985	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,47	173,30	173,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2986	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,26	11,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,08
2987	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,48	47,76	45,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,42
2988	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,96	91,08	91,07	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2989	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,41	5,69	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,92
2990	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,44	132,45	132,45	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2991	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,89	69,08	68,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,98
2992	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,52	90,62	90,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2993	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,78	131,77	131,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2994	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,06	166,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2995	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,68	25,04	22,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,47
2996	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,49	45,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,15
2997	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,56	75,04	68,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,94
2998	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,55	91,07	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2999	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,92	8,19	5,69	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,70
3000	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,12	143,68	136,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,87
3001	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,60	69,83	68,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,73
3002	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,75	91,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,88
3003	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,47	133,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3004	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,13	175,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3005	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,26	11,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,08
3006	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,95	50,35	45,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,01
3007	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,83	95,14	91,07	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,27
3008	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,61	7,86	5,69	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3009	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,82	138,11	136,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,30
3010	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991358570	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,52	69,75	68,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,65
3011	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991358648	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,94	82,66	82,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3012	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991358792	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,42	119,84	119,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3013	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991358945	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,38	163,77	163,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3014	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991358495	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,78	12,67	11,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,49
3015	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	60 szt.	05909991435813	2021-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,82	229,26	229,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,60
3016	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990938544	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,61	46,84	45,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,50
3017	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990938704	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,22	89,26	89,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3018	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901384806057	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	6,91	5,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3019	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990938766	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,84	129,73	129,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3020	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,08	47,33	45,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,99
3021	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,16	90,24	90,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3022	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	131,20	131,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3023	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	87,21	87,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3024	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,92	126,67	126,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3025	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,14	22,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,57
3026	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,79	15,57	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	12,81
3027	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990707010	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	12,31	3,52	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	11,99
3028	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990707119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,99	19,97	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	17,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3029	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991080129	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,03	30,86	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	25,69
3030	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990706914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,01	8,95	1,76	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	8,95
3031	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	12,43	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	12,11
3032	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	18,01	7,03	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	15,25
3033	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,26	30,20	14,07	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	24,66
3034	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,94	8,88	1,76	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	8,88
3035	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,07	15,34	15,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3036	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3037	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,48	17,48	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
3038	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	33,44	33,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3039	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,05	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3040	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	17,79	17,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3041	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990653379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3042	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990653355	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	5,30	4,92	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	3,58
3043	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653362	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,19	10,34	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,46
3044	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	20,42	20,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3045	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	10,77	10,55	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	6,62
3046	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,91	21,48	21,10	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	13,18
3047	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990337958	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,96	5,79	5,28	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	3,71
3048	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,92	11,27	10,55	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	7,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3049	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	19,29	19,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3051	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	16,11	16,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3052	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,94	18,36	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3053	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990212170	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,64	6,50	5,28	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	4,42
3054	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,17	10,48	10,48	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	6,40
3055	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3056	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3057	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	10,89	10,55	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	6,74
3058	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,71	20,00	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	12,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3059	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,97	21,32	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	13,58
3060	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990924608	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	5,36	4,92	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	3,64
3061	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,35	10,51	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,63
3062	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,87	11,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,17
3063	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,16	15,16	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
3064	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909991093280	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,65	4,30	4,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3065	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,08	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3066	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,02	17,02	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	11,95
3067	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	9,03	9,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3068	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990017461	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	15,21	15,21	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	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3069	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990017447	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,46	5,15	4,92	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	3,43
3070	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990017454	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,56	8,63	8,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909990047987	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,07	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3072	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2.5 mg	28 szt.	05909990047949	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,46	5,15	4,92	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	3,43
3073	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909990047963	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,17
3074	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414153	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3075	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3076	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3077	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	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	11,95
3078	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402006	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	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	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3079	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	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	11,95
3080	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	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	11,95
3081	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,61	18,84	18,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3082	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,33	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	13,59
3083	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,37	9,26	4,92	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	7,54
3084	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,24	10,39	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,51
3085	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,24	10,39	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,51
3086	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,23
3087	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,07	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3088	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3089	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3090	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,55	21,10	21,10	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	12,80
3091	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,66	58,39	58,39	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	38,40
3092	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990610440	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,89	5,71	5,28	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	3,63
3093	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	90 szt.	05909991004378	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,66	16,19	15,83	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	9,96
3094	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,17
3095	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,01	10,14	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,26
3096	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,01	10,14	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,26
3097	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	11,11	10,55	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	6,96
3098	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,33	30,68	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3099	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,37	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3100	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,47	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,43
3101	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,37	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,29
3102	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,47	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,43
3103	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13
3104	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2022-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	30,91	28,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,75
3105	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3106	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2022-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13
3107	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13
3108	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2022-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	30,91	28,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,75
3109	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3110	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2022-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13
3111	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,22	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,14
3112	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3113	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,22	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,14
3114	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3115	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3116	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3117	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,21	14,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,13
3118	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,38	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3119	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,29	13,37	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,65
3120	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,47	17,97	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,09
3121	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,23	14,74	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,59
3122	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,09	10,12	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,04
3123	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,05	9,97	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,25
3124	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,23
3125	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	108,00	127,57	122,49	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,08
3126	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	216,00	244,97	244,97	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3127	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	135,00	157,34	151,55	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3128	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	270,00	303,09	303,09	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3129	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2021-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	156,60	181,04	181,04	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3130	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,43	8,95	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,00
3131	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	21,91	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,67
3132	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,32	39,64	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,11
3133	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,40	41,62	41,62	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3134	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	48,60	60,63	60,63	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,84
3135	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	62,10	76,51	76,51	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3136	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,53	9,06	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,11
3137	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,28	17,71	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,62
3138	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,63	26,56	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3139	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,30	35,62	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,24
3140	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,02	9,57	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,62
3141	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,06	27,01	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,77
3142	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,82	18,29	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,20
3143	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	41,47	51,13	42,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,46
3144	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,39	25,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,02
3145	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	58,16	70,67	64,31	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,20
3146	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,65	34,93	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,55
3147	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	82,94	98,39	85,74	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	17,77
3148	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,13	9,70	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3149	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	34,56	43,04	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,51
3150	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	14,26	18,74	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,65
3151	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,36	24,18	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,94
3152	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,60	28,58	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3153	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	286,90	321,34	317,18	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	7,36
3154	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	430,35	475,75	475,75	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3155	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	577,80	634,36	634,36	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3156	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,17	9,73	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,78
3157	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990721405	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,85	45,44	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3158	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 30 ml	05909990721399	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,69	14,27	10,72	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,75
3159	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,03	19,55	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,46
3160	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,25	28,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,02
3161	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,24	37,65	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,27
3162	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,94	8,44	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,49
3163	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,38	18,39	17,86	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,73
3164	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,88	16,24	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,15
3165	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,77	34,86	34,86	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3166	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2021-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	80,46	92,15	42,14	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	53,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3167	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	112,64	130,01	88,49	<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%	68,07
3168	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	337,93	372,76	265,48	<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%	186,92
3169	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	112,64	131,60	117,99	<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%	49,01
3170	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13.3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2022-11-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	159,62	175,09	40,95	Choroba Alzheimera		30%	146,43
3171	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	61,13	67,99	14,16	Choroba Alzheimera		30%	58,08
3172	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2021-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	117,07	128,96	29,25	Choroba Alzheimera		30%	108,49
3173	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2021-05-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	117,18	129,09	29,25	Choroba Alzheimera		30%	108,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3174	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	126,31	138,68	29,25	Choroba Alzheimera		30%	118,21
3175	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	203,21	220,84	40,95	Choroba Alzheimera		30%	192,18
3176	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	76,54	84,16	14,16	Choroba Alzheimera		30%	74,25
3177	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	145,81	159,15	29,25	Choroba Alzheimera		30%	138,68
3178	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44
3179	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44
3180	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,13
3181	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,13
3182	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	40,93	47,43	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3183	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3184	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3185	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3186	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	61,45	70,34	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,23
3187	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	62,23	71,16	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,05
3188	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3189	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3190	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	81,97	92,99	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,51
3191	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	82,98	94,05	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3192	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990782048	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,94	11,92	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	8,74
3193	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	05909990782055	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,87	23,56	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,19
3194	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,50	21,09	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,72
3195	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	36,07	42,31	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	29,57
3196	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990782147	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,62	33,76	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	24,21
3197	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990782154	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,67	68,47	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	49,36
3198	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,99	41,19	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	28,45
3199	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	78,84	89,70	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	64,22
3200	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,64	48,17	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3201	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990816262	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,23	36,50	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,95
3202	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990816279	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	62,47	71,41	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,30
3203	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,64	48,17	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,43
3204	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	83,29	94,37	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,89
3205	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990982981	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	7,13	8,98	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,80
3206	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,26	17,68	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,31
3207	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,51	34,39	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,65
3208	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990983308	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,38	26,16	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,61
3209	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990983322	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,77	50,73	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3210	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,51	34,39	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,65
3211	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,02	66,80	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,32
3212	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,28	20,85	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,48
3213	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	32,40	38,47	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,73
3214	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990778973	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	46,12	54,25	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,14
3215	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,51	69,41	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	43,93
3216	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078294	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,40	66,16	14,16	Choroba Alzheimera		30%	56,25
3217	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078348	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	120,96	133,06	29,25	Choroba Alzheimera		30%	112,59
3218	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24 h	30 szt.	05909991067595	2021-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	63,72	70,70	14,16	Choroba Alzheimera		30%	60,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3219	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991067632	2022-03-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	128,87	141,36	29,25	Choroba Alzheimera		30%	120,89
3220	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,55	28,22	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
3221	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	43,42	54,21	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,34
3222	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	91,37	108,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,81
3223	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	30,78	37,91	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,98
3224	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	61,56	73,26	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	39,39
3225	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	123,12	141,90	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	74,15
3226	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	27,43	34,16	22,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,28
3227	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990731985	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,83	7,66	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,48
3228	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,01	14,38	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,03
3229	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,92	27,60	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,90
3230	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	45,36	55,92	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	24,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3231	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,92	32,81	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,88
3232	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,92	64,19	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	30,32
3233	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	102,60	120,35	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,60
3234	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,76	30,54	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,61
3235	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,48	67,92	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,05
3236	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	113,40	131,69	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	63,94
3237	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,65	38,82	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,89
3238	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,31	75,10	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,23
3239	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,61	145,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,81
3240	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,64	38,81	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,88
3241	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,29	75,07	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,20
3242	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,60	145,55	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3243	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,51	35,53	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,60
3244	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,02	68,50	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,63
3245	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	114,80	133,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,41
3246	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,80	7,63	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,45
3247	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,01	14,38	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,03
3248	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,23	28,98	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,28
3249	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,97	69,16	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	37,41
3250	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,15	36,20	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,27
3251	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,77	70,33	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,46
3252	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,02	135,49	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	67,74
3253	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,32	38,48	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,55
3254	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	78,84	93,46	72,58	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3255	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,12	52,85	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,98
3256	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,64	74,39	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,52
3257	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	157,68	180,23	145,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	78,62
3258	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,24	101,07	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,32
3259	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,28	144,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,41
3260	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	315,36	349,80	290,33	Choroba i zespół Parkinsona		30%	146,57
3261	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,70	36,78	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,85
3262	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	59,40	70,99	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	37,12
3263	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	118,80	137,36	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	69,61
3264	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,69	8,27	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,48
3265	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,38	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
3266	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,77	30,01	30,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3267	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,28
3268	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,68	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,48
3269	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	15,99	15,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3270	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,64	29,87	29,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,96
3271	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,67	9,30	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,50
3272	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,39	23,61	23,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,08
3273	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,35	17,92	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
3274	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,04	16,71	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,01
3275	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,78	44,79	44,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,44
3276	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,11	30,37	30,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,11
3277	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,34	4,71	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,81
3278	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,69	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3279	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,12	8,85	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,66
3280	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,17	13,02	13,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3281	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,42	17,11	17,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3282	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	24,62	24,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3283	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,52	32,10	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,63
3284	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,07	4,50	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,39
3285	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
3286	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3287	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,57	16,05	16,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3288	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,07	30,32	30,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,10
3289	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,13	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,12
3290	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	46,14	57,75	57,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3291	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,86	4,20	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,30
3292	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,77	8,36	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,56
3293	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,39	9,01	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,21
3294	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,55	24,83	24,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,45
3295	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,59	13,27	12,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,56
3296	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,33	23,30	23,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,99
3297	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,83	36,06	36,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
3298	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,79	17,34	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
3299	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,11	47,25	47,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,18
3300	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,19	25,25	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,84
3301	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,67	44,29	44,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,29
3302	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,66	68,72	68,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3303	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,59	32,97	32,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
3304	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	74,22	90,14	90,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,04
3305	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	4,56	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,66
3306	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,28	13,13	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,94
3307	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,77	8,36	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,56
3308	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,61	22,54	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,76
3309	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3310	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,23	42,78	42,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,83
3311	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,84	30,08	30,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,02
3312	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	66,47	81,48	81,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,44
3313	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	4,19	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,29
3314	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3315	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
3316	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	12,22	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3317	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3318	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,85	17,39	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,78
3319	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3320	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3321	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,33	43,94	43,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,18
3322	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3323	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	56,93	56,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,08
3324	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,28
3325	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
3326	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,10	8,72	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3327	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,12	23,08	23,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,92
3328	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,41	35,62	35,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,69
3329	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,20	16,71	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
3330	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,24	43,84	43,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,15
3331	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	54,82	67,84	67,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,35
3332	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3333	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10 + 10 mg	30 szt.	03838989707057	2021-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3334	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20 + 10 mg	30 szt.	03838989707064	2021-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3335	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	28 szt.	05906414003352	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23
3336	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	56 szt.	05906414003369	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07
3337	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	28 szt.	05906414003383	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23
3338	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	56 szt.	05906414003390	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07
3339	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	28 szt.	05906414003321	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23
3340	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	56 szt.	05906414003338	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3341	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05909991463816	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	23,39	13,75	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,77
3342	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05909991463830	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	23,39	13,75	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,77
3343	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05909991463762	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	23,39	13,75	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,77
3344	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05907626708493	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3345	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	60 szt.	05907626709315	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3346	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05907626708509	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3347	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	60 szt.	05907626709322	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3348	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05907626708486	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3349	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	60 szt.	05907626709308	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3350	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,26	17,89	5,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,99
3351	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,02	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,67
3352	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2021-09-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,20	33,83	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,15
3353	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2021-03-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	11,91	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,98
3354	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	22,14	25,97	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3355	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	37,18	43,50	20,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,57
3356	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909990764150	2022-05-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,69	11,84	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,91
3357	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	7,02	10,08	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3358	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	7,06	10,13	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3359	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	115,04	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
3360	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,98	60,98	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,94
3361	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	73,49	89,23	85,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,18
3362	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653	2018-01-01	5 lat	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	51,51	63,64	57,24	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
3363	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	55,51	67,84	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,80
3364	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	62,64	75,32	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,28
3365	Selegilini hydrochloridum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990746026	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	15,98	21,64	21,64	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	6,40
3366	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	13,44	18,40	18,03	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3367	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	107,32
3368	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	107,32
3369	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	107,32
3370	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	237,60	267,89	267,89	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3371	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	316,98	353,21	353,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3372	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	80,44	97,18	97,18	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3373	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,52	27,96	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,72
3374	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,60	13,47	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,35
3375	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,43	20,51	20,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,15
3376	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,21	10,96	10,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,29
3377	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,45	19,22	19,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,77
3378	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	20,03	26,13	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,11
3379	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,02	13,72	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,21
3380	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
3381	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,05	12,89	12,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,87
3382	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,69	19,47	19,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,84
3383	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,67	20,76	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3384	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	41,08	53,04	53,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,91
3385	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,85	10,39	10,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,12
3386	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,33	11,09	11,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,33
3387	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	20,54	28,12	28,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,44
3388	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,23	21,09	21,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,33
3389	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,61	11,19	11,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,36
3390	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,94	22,10	22,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63
3391	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,97	11,76	11,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,53
3392	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,25	24,52	24,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,36
3393	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,13	12,98	12,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,89
3394	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	20,41	26,79	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,55
3395	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,45	13,32	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3396	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,47	16,48	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,36
3397	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	24,19	30,50	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,48
3398	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,18	17,03	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,52
3399	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	28,06	34,56	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,54
3400	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,10	19,07	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,56
3401	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2021-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,74	9,70	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,23
3402	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2021-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,48	18,48	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,54
3403	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2022-11-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	40,44	51,19	51,19	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	15,36
3404	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,82	17,14	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,67
3405	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	23,20	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3406	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,91	65,35	55,44	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,54
3407	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,94	7,10	2,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,03
3408	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	13,05	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3409	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,82	21,78	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3410	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,05	7,95	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3411	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,10	15,61	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,88
3412	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991019723	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	6,35	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
3413	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991019822	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,37	12,49	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,62
3414	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991019945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,84	24,78	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,05
3415	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,68	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3416	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	10,79	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,92
3417	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,50	21,28	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,55
3418	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,46	4,43	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,50
3419	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,91	8,86	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,99
3420	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990941223	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,82	17,42	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3421	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,03	6,88	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,01
3422	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,07	13,47	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,74
3423	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,56	6,70	2,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,63
3424	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,12	13,38	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,24
3425	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,76	23,82	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3426	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,94	3,64	3,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,09
3427	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,89	6,98	6,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,09
3428	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	3,58	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,65
3429	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,99	5,79	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,92
3430	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,27	6,19	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3431	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,53
3432	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907553016012	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,18	5,98	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,11
3433	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05907553016029	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,53
3434	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,94	7,04	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,11
3435	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,79	13,98	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3436	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,03	26,03	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,30
3437	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,14	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,21
3438	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,78	12,92	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,05
3439	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,28	21,04	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,31
3440	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,80	5,84	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3441	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,11	12,22	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,35
3442	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,65	6,79	2,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,72
3443	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,51	12,64	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,77
3444	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,26	13,53	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,39
3445	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,99	23,01	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3446	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,40	6,47	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,54
3447	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	12,93	5,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,06
3448	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,58	25,56	11,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,83
3449	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2022-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	456,40	503,70	503,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3450	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2022-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	912,82	994,92	994,92	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3451	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	135,00	150,39	50,03	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%	115,37
3452	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	50,03	50,03	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,01
3453	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,85	50,48	50,03	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,46
3454	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	65,57	50,03	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%	30,55
3455	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	65,57	50,03	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%	30,55
3456	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	65,57	50,03	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%	30,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3457	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	135,00	150,39	50,03	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%	115,37
3458	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	50,03	50,03	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,01
3459	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	50,03	50,03	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,01
3460	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,69	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,58
3461	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,29	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,23
3462	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,85	34,86	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,75
3463	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,41	18,36	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,30
3464	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,98	27,65	27,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,30
3465	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	59,94	75,61	75,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	22,68
3466	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,99	14,77	14,77	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3467	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,97	40,14	40,14	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,04
3468	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2020-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,87	34,88	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,77
3469	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,69	15,50	15,50	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,65
3470	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991340896	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,51	36,61	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,50
3471	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991340872	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,26	19,25	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,19
3472	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	35,02	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,91
3473	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,46	34,45	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,34
3474	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,23	18,17	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,11
3475	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,92	33,89	33,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,17
3476	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	17,89	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,83
3477	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,42	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,31
3478	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,16	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3479	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,40	36,49	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,38
3480	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,52	19,53	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,47
3481	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,42	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,31
3482	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,16	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,10
3483	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	84,26	101,60	101,60	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,48
3484	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,38	37,51	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,40
3485	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	42,13	53,37	53,37	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,01
3486	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,69	19,70	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,64
3487	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,75	8,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,50
3488	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,05	7,62	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,50
3489	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,07	19,57	13,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,60
3490	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,47	23,70	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3491	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,31	21,76	21,04	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%	7,03
3492	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,12	19,99	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	7,71
3493	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,02	8,94	5,26	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%	5,26
3494	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	27,43	35,22	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	10,67
3495	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,18	12,49	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,13
3496	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	18,58	23,61	17,54	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%	11,33
3497	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,92	3,51	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%	3,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3498	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	11,36	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,00
3499	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,20	21,64	21,04	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%	6,91
3500	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,94	14,03	14,03	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%	4,21
3501	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,66	21,07	21,04	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%	6,34
3502	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,92	3,51	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%	3,46
3503	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,86	12,15	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,79
3504	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką mioklioniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	10,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3505	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	10,31
3506	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20
3507	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3508	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,81	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,26
3509	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,92	12,64	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,39
3510	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	8,51	11,12	7,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,60
3511	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	21,28	28,20	28,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	14,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3512	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	21,28	28,20	28,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	14,10
3513	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,09	56,81	56,81	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3514	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,09	56,81	56,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3515	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,66
3516	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3517	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	47,30	59,14	59,14	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3518	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	47,30	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,74
3519	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,65	31,05	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,68
3520	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,65	31,05	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
3521	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3522	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3523	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	5,64	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,04
3524	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,22	8,99	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
3525	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,35	4,04	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,24
3526	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,63	6,96	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,36
3527	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,42	13,40	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	4,41
3528	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,93	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,13
3529	Sultamicillinum	Unasyn, tabl. powl., 375 mg	12 szt.	05909990065110	2022-01-01	3 lata	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	25,25	28,57	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,36
3530	Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa)	Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawiesina, 1 dawka	1 aplikator 0,2 ml	05000456061346	<1>2022-09-01/<2>2021-11-01	<1>1 rok 2 miesiące/<2>2 lata	247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa	77,76	94,23	94,23	<1>Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia; <2>Zapobieganie grypie u dzieci i młodzieży w wieku od ukończonego 60 miesiąca życia do ukończonego 18 roku życia		50%	47,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3531	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0.5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2022-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	245,30	276,51	276,51	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekiem płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną choroba nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego		50%	138,26
3532	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748	2021-11-01	2 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	245,16	276,36	276,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	138,18
3533	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,87	56,57	56,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,40
3534	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,55	112,74	112,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3535	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	305,14	340,35	338,22	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3536	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	513,18	563,75	563,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,25
3537	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg	30 szt.	07613421037024	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	37,26	48,58	48,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3538	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	74,52	91,71	91,71	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3539	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	149,04	173,95	173,95	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3540	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	223,56	254,69	254,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3541	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	372,60	416,14	416,14	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3542	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	102,39	121,33	120,79	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3543	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	139,22	161,77	161,06	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,91
3544	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	438,43	483,49	483,17	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,52
3545	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	577,03	632,56	632,56	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,66
3546	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,87	56,57	56,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,40
3547	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,55	112,74	112,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3548	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	513,18	563,75	563,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3549	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	53,68	63,48	35,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,70
3550	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,17	82,16	37,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	55,61
3551	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,88	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3552	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,88	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3553	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990622726	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	23,20	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
3554	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05906414001501	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57
3555	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	120 szt.	05900411005920	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	71,98	85,74	73,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	24,62
3556	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05900411005883	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	23,22	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,94
3557	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05900411005906	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	65,43	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3558	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990045006	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	23,61	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
3559	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990900794	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	55,08	66,57	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73
3560	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990894598	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,64	22,85	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57
3561	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909990894642	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,92	64,31	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,47
3562	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991470685	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,77	15,64	15,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3563	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573585	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,50	22,71	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,43
3564	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991470692	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,30	42,66	42,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3565	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990573592	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,49	63,85	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,01
3566	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990586196	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	23,04	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3567	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573257	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,04	23,27	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,99
3568	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990048007	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	23,22	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,94
3569	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991092184	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,46	64,87	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,03
3570	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990044382	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	23,04	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,76
3571	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991136321	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,88	49,56	49,56	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3572	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991332709	2020-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,91	15,79	15,79	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3573	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	05909990980451	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,32	23,56	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,28
3574	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570386	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,19	19,23	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3575	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05907626708400	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,36	36,52	36,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3576	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907626708417	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,55	53,42	53,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3577	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	09008732011845	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,78	15,65	15,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3578	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990565948	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,79	24,06	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,78
3579	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570690	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,29	17,23	17,23	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3580	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990430895	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,09	23,32	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,04
3581	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990847808	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,91	23,14	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,86
3582	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990566068	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	23,21	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
3583	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05909990566075	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,96	44,50	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,94
3584	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907587609235	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3585	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909991191221	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	23,21	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
3586	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	60 szt.	05909991191214	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,97	44,51	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,95
3587	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991199081	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57
3588	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909997216393	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,78	15,65	15,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3589	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990566280	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,14	17,08	17,08	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3590	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990716418	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,80	24,07	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,79
3591	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990219070	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	24,41	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,13
3592	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	190,90	217,50	191,69	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	25,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3593	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	286,35	320,00	287,53	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	32,47
3594	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	366,51	406,45	383,38	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	23,07
3595	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	433,66	479,22	479,22	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	0,00
3596	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	95,22	113,03	95,84	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	17,19
3597	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,17	25,43	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,82
3598	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,35	49,00	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	23,77
3599	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,99	13,06	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,75
3600	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,30	25,57	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3601	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,60	32,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,57
3602	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,21	16,44	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,13
3603	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,42	32,00	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,39
3604	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,36	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
3605	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	21,26	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,65
3606	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,08	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,77
3607	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,41	21,48	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,87
3608	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	12,89	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,58
3609	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,04	20,04	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,43
3610	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,63	21,71	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3611	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,66	24,89	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,28
3612	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	12,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,87
3613	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	23,47	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,86
3614	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,21	11,19	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,88
3615	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,31	21,38	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,77
3616	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,87	15,03	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,72
3617	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,74	29,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,57
3618	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,94	16,16	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,85
3619	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,88	31,42	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,81
3620	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,54	10,49	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3621	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	10,96	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
3622	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - 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
3623	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,08	20,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,47
3624	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,42
3625	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,33	24,55	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,94
3626	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,08	20,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,47
3627	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,42
3628	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
3629	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,15	38,28	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,05
3630	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,89	39,06	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3631	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,66	47,22	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,99
3632	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,60
3633	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909997077628	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,22	30,73	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,12
3634	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,02	37,13	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,21
3635	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,02	18,97	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,36
3636	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	18,99	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3637	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,32
3638	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,96	20,16	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,64
3639	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,04	36,07	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,84
3640	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	36,11	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3641	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909997077697	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,44	59,59	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	34,36
3642	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,06	52,79	52,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,84
3643	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	52,86	52,86	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%	15,86
3644	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,05	71,68	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	33,84
3645	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,67	12,72	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
3646	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
3647	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,33	24,55	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,94
3648	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,22	38,36	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,13
3649	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,48	11,47	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,16
3650	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,06	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3651	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,55	10,50	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3652	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,55	10,50	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3653	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,51
3654	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,51
3655	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,15	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3656	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,15	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3657	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	25,41	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,80
3658	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	25,41	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,80
3659	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3660	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3661	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3662	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3663	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,35	37,17	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,56
3664	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,08	37,94	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,33
3665	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	15,59	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,28
3666	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,29	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
3667	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,29	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
3668	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	12,55	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24
3669	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,60
3670	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,60
3671	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,99	15,16	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,85
3672	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3673	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3674	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,23	22,34	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3675	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991421816	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
3676	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,89	11,90	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3677	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	22,92	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,31
3678	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	22,92	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,31
3679	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	16,75	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,44
3680	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	32,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99
3681	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	32,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99
3682	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,39	14,53	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,22
3683	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,57
3684	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,57
3685	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,58	54,48	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,25
3686	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3687	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,58	54,48	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,25
3688	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	15,04	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,73
3689	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3690	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,24	45,75	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,83
3691	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3692	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	56,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,30
3693	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,47	88,92	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3694	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3695	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	56,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,30
3696	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,47	88,92	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3697	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,61	11,61	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,30
3698	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3699	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72
3700	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	42,79	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,56
3701	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72
3702	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2021-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	42,79	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,56
3703	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	15,32	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3704	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,80	22,94	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,33
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,01	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,78
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,01	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,78
3709	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,46	62,59	34,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	34,06
3710	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,46	62,59	34,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3711	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,59	13,20	6,90	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,50
3712	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,59	13,20	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,37
3713	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,46	31,92	17,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,87
3714	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,46	31,92	17,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,85
3715	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	20,91	7,39	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,72
3716	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	20,91	7,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
3717	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	37,73	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,45
3718	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	37,73	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,79
3719	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	19,87	26,05	22,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3720	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	39,74	49,79	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,24
3721	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2021-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	16,74	22,78	22,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,51
3722	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	35,28	45,10	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,55
3723	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2022-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	38,88	48,88	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,33
3724	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	24,18	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,03
3725	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,14	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,06
3726	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,26	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,11
3727	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2022-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,30
3728	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2022-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,30
3729	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2022-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,32
3730	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2022-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3731	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
3732	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3733	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
3734	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3735	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3736	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	38,20
3737	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3738	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	38,20
3739	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2022-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,59	25,62	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,47
3740	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,49
3741	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2020-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	432,00	477,44	477,44	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3742	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,24	8,31	5,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,52
3743	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,10	7,83	4,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,24
3744	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	7,99	10,48	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,49
3745	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	8,41	11,98	11,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3746	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3747	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3748	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	186,85	186,85	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3749	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	246,24	277,43	277,43	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3750	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	77,76	94,40	93,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,18
3751	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990997152	2021-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,15	19,83	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3752	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,26	13,64	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,65
3753	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991265984	2020-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,31	13,70	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,71
3754	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991267131	2022-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,83	15,29	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,30
3755	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,68	20,38	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,39
3756	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,84	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,85
3757	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,49	48,56	29,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,61
3758	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,09	12,84	11,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
3759	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	26,68	34,72	34,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,42
3760	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	4,31	5,91	4,83	Jaskra		30%	2,53
3761	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3762	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3763	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	401,76	444,90	444,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3764	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3765	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3766	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3767	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,68
3768	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,11
3769	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,68
3770	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	102,60	120,71	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	48,92
3771	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3772	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3773	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3774	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3775	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410	2022-01-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	43,79	53,67	43,53	Stwardnienie rozsiane		30%	23,20
3776	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2022-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	21,96	29,02	29,02	Stwardnienie rozsiane		30%	8,71
3777	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2022-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,61	14,63	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3778	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2022-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,41	23,42	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,16
3779	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520	2021-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	60,48	72,17	51,68	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	35,99
3780	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,60	14,62	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	8,99
3781	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,20	28,45	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,19
3782	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,37	12,28	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,65
3783	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,75	23,78	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,52
3784	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,08	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,02
3785	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,08	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,02
3786	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	39,61	48,26	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	24,15
3787	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,62	23,83	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	11,77
3788	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,95	36,15	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,60
3789	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	55,90	68,93	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3790	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,98	9,98	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,74
3791	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,98	19,04	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,36
3792	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	29,75	38,04	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,49
3793	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	58,75	71,92	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,62
3794	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,34	10,36	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3795	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,69	19,78	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,10
3796	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	56,16	69,61	69,61	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3797	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	16,20	21,58	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,70
3798	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,85	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,89
3799	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,94	37,19	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3800	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,54	67,50	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3801	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	11,19	14,40	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	9,16
3802	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,47	19,54	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,86
3803	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,73	37,28	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,32
3804	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	57,46	70,97	70,97	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3805	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,18	10,34	9,04	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,50
3806	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,36	19,65	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,77
3807	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3808	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50
3809	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3810	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,10
3811	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,84	8,13	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62
3812	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,84	8,13	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,68
3813	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,15	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,64
3814	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,15	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,70
3815	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,51
3816	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
3817	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,25
3818	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,57
3819	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3820	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,31
3821	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,02
3822	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31
3823	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,42
3824	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
3825	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,74	15,83	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,80
3826	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,74	15,83	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93
3827	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
3828	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,05
3829	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,68	71,11	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3830	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,68	71,11	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,61
3831	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3832	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,79
3833	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
3834	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
3835	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,18	12,16	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,65
3836	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,18	12,16	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,29
3837	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,24	9,60	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
3838	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,24	9,60	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,15
3839	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3840	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3841	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,54	75,58	75,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,67
3842	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,54	75,58	75,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3843	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
3844	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,45
3845	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
3846	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,27
3847	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,63
3848	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3849	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
3850	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3851	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,18	21,49	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,95
3852	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,18	21,49	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,14
3853	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,37	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,80
3854	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,37	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,12
3855	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,01	11,16	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,38
3856	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,01	11,16	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,48
3857	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,44	29,43	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,11
3858	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,44	29,43	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,40
3859	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,09
3860	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3861	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,41	47,41	47,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,22
3862	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,41	47,41	47,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3863	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,35
3864	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,84
3865	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,75
3866	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,88
3867	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,21	40,82	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73
3868	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,21	40,82	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,12
3869	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,68	65,87	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,72
3870	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,68	65,87	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3871	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	6,67	3,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,41
3872	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	6,67	3,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,44
3873	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,99	11,14	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,36
3874	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,99	11,14	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3875	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,39	18,06	16,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,77
3876	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,39	18,06	16,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,93
3877	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,92
3878	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
3879	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
3880	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3881	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	28,54	28,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,56
3882	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	28,54	28,54	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3883	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
3884	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3885	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3886	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
3887	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
3888	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,40
3889	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,49
3890	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3891	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,74
3892	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,56
3893	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	15,01	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
3894	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	15,01	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,50
3895	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
3896	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3897	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,53	14,81	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65
3898	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,53	14,81	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,30
3899	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,88
3900	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3901	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,83
3902	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
3903	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05
3904	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
3905	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,82
3906	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,29
3907	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,34	7,80	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,72
3908	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,34	7,80	7,26	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,54
3909	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,67	14,95	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
3910	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,67	14,95	14,51	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3911	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,81	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,44
3912	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,81	21,48	21,48	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,00
3913	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,19
3914	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3915	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3916	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
3917	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84
3918	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
3919	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
3920	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3921	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84
3922	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
3923	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3924	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3925	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
3926	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3927	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,41	31,61	Jaskra		ryczałt	7,00
3928	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	82,30	99,03	94,83	Jaskra		ryczałt	12,20
3929	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	109,73	129,21	126,44	Jaskra		ryczałt	13,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3930	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,48	37,56	31,61	Jaskra		ryczałt	9,15
3931	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,30	35,28	31,61	Jaskra		ryczałt	6,87
3932	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,30	35,28	31,61	Jaskra		ryczałt	6,87
3933	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	81,91	98,62	94,83	Jaskra		ryczałt	11,79
3934	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,81	44,20	31,61	Jaskra		ryczałt	15,79
3935	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,08	31,61	Jaskra		ryczałt	9,67
3936	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,91	107,02	94,83	Jaskra		ryczałt	20,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3937	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	119,88	139,85	126,44	Jaskra		ryczałt	24,08
3938	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	31,56	31,56	Jaskra		ryczałt	3,20
3939	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,08	31,61	Jaskra		ryczałt	9,67
3940	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,42	21,17	9,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,18
3941	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,33	58,91	29,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	37,96
3942	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,27	16,21	7,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,97
3943	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,16	30,29	14,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,82
3944	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2021-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	59,35	29,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	38,40
3945	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446	2021-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	15,64	21,20	21,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,36
3946	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	559,44	612,54	557,78	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	64,36
3947	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	268,92	298,73	173,53	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	128,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3948	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	146,50	170,03	170,03	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
3949	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,78	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3950	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	11,66	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3951	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953	2020-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,87	119,94	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,15
3952	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	151,20	175,12	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	53,65
3953	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	05909991083212	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	56,16	70,75	70,75	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3954	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2022-09-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	40,71	51,56	51,56	Profilaktyka grypy u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży		50%	25,78
3955	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	955,80	1041,18	1041,18	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	<1>zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	ryczałt	3,20
3956	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	432,00	477,44	477,44	<1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; <2>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3957	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,85
3958	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	13,33	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02
3959	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,66	24,89	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,28
3960	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	12,89	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,58
3961	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,58	32,16	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,55
3962	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,42
3963	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	40,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,30
3964	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
3965	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	13,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,15
3966	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,71	20,75	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3967	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,32
3968	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze 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%	6,47
3969	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,18
3970	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,92	53,05	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	26,02
3971	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,02	76,15	57,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	35,61
3972	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	31,46	31,46	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%	9,44
3973	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991455798	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,73	31,55	31,55	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%	9,47
3974	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	49,68	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	24,45
3975	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,32	33,52	33,52	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%	10,06
3976	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	13,33	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3977	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,97	27,52	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,00
3978	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,01	39,43	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,16
3979	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	16,72	16,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,02
3980	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,64
3981	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	16,96	16,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,09
3982	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909991088118	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	32,03	32,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,61
3983	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,21	9,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,78
3984	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909991088101	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,29	17,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,19
3985	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	23,53	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
3986	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,21	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3987	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,42
3988	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	13,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,15
3989	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,42
3990	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,88	20,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32
3991	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,84	26,13	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,52
3992	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,75	12,81	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,50
3993	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,79	26,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,47
3994	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,01	39,19	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,96
3995	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,79	26,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,47
3996	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	42,92	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,69
3997	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,09
3998	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3999	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2022-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	13,49	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,18
4000	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,39	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,78
4001	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,18
4002	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	05909990740253	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
4003	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	66,96	79,63	63,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,48
4004	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,18
4005	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 tabl.	05909990740284	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
4006	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	66,96	79,63	63,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,48
4007	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	49,68	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,45
4008	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	49,68	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,45
4009	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 tabl.	05909990740192	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,61	12,66	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,35
4010	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 tabl.	05909990740208	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	24,38	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4011	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2022-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,48	41,26	31,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,18
4012	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,32
4013	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,32
4014	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	16,96	16,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
4015	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909991067557	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	32,03	32,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,61
4016	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,29	17,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,19
4017	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909991067564	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	32,71	32,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,81
4018	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	26,88	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
4019	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	26,88	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
4020	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2022-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,34	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,03
4021	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,40	41,49	41,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4022	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,79	30,72	30,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,22
4023	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,82	30,74	30,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,22
4024	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735	2021-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	68,48	83,51	83,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	25,05
4025	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,72	12,15	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,82
4026	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,20	21,83	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,17
4027	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,86	16,45	16,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,94
4028	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,51	16,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4029	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2021-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,25	43,79	43,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,14
4030	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,26	42,39	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,06
4031	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,06	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,73
4032	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,63	22,28	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,62
4033	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,02	43,19	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,86
4034	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,58	24,32	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,66
4035	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,48	42,62	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4036	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,34	10,70	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,37
4037	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,74	22,40	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,74
4038	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,86	36,72	36,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,02
4039	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,97	10,31	10,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,09
4040	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,93	19,45	19,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,84
4041	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,18	45,46	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,13
4042	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,05	12,49	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4043	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,70	23,41	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,75
4044	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,97	41,04	41,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,31
4045	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,99	11,38	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,05
4046	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,98	21,60	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,94
4047	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	31,28	31,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,38
4048	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	77,76	95,95	95,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	28,79
4049	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,48	9,79	9,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4050	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	30,10	30,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,03
4051	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,96	18,43	18,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,53
4052	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,66	55,09	55,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,53
4053	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,97	48,39	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,06
4054	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,71	13,19	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,86
4055	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,47	25,26	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,60
4056	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,12	30,70	30,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4057	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 kaps.	05909991135096	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,32	9,63	9,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,89
4058	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,83	18,29	18,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,49
4059	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	28 szt.	05909991093815	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,06	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,73
4060	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	56 szt.	05909991093822	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,96	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,30
4061	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991093914	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,96	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,30
4062	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991093921	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,56	43,76	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,43
4063	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,04	43,21	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4064	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,51	11,93	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,60
4065	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,02	22,69	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,03
4066	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,41	24,70	24,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,41
4067	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,21	13,44	13,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,03
4068	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,78	43,98	41,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,65
4069	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,06	10,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,73
4070	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,96	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,30
4071	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 tabl.	05909990045419	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4072	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 tabl.	05909990045211	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,30	3,21	2,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
4073	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 tabl.	05909990045310	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	4,10	5,88	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
4074	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	204,74	232,85	232,85	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4075	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	204,74	232,85	232,85	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4076	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	119,75	140,53	140,53	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4077	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	119,75	140,53	140,53	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4078	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	59,97	68,57	25,02	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%	51,06
4079	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	119,99	134,63	50,03	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%	99,61
4080	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	135,79	157,32	136,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	24,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4081	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	178,20	204,29	204,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4082	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05702157142187	2022-01-01	2 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	100,44	119,23	119,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	35,77
4083	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05702150152749	2021-07-01	2 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	50,22	62,50	59,62	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%	20,77
4084	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	14,47	17,86	9,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,25
4085	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	23,33	28,44	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,08
4086	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2022-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	1058,40	1151,60	1151,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4087	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	184,68	211,26	211,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4088	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	12,64	17,28	14,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,23
4089	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	119,75	140,53	140,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4090	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	33,48	21,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	11,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4091	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,20	54,40	54,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2021-09-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	154,33	96,50	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	61,03
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	39,82	39,82	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	11,95
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2021-11-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	64,33	64,33	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	32,65	38,69	17,88	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	26,17
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	35,15	43,89	36,68	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	18,21
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	20,89	27,72	27,72	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	8,32
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2022-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,00	121,78	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,04
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	122,62	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,88
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	122,62	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,88
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2022-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	146,87	146,87	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	37,00	43,53	19,54	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%	29,85
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	38,70	47,92	39,15	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%	20,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	30,35	39,15	39,15	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%	11,75
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2022-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	116,00	136,39	136,39	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
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO JUNIOR, proszek	400 g	8712045037201	2021-05-01	2 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	119,77	119,77	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	3,20
16	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	512,53	512,53	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	509,11	502,87	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	9,44
21	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	1005,73	1005,73	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
22	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	509,11	502,87	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	9,44
23	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	1005,73	1005,73	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	1005,73	1005,73	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	236,50	267,04	267,04	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2021-05-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	95,00	113,24	113,24	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	284,00	318,16	318,16	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	303,80	339,46	339,46	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	352,80	392,20	392,20	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	281,40	281,40	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	281,40	281,40	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
32	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powl.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	455,00	502,19	502,19	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	439,67	439,67	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2022-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	402,10	402,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	145,44	145,44	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	138,12	138,12	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	198,81	198,81	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
43	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051370	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051387	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051363	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051394	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
48	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051424	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051431	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
50	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051417	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051479	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051547	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051554	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051530	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051684	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
57	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060014059918	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051745	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	880,87	Fenyloketonuria		ryczałt	6,59
59	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051585	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	880,87	Fenyloketonuria		ryczałt	6,59
60	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051752	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	880,87	Fenyloketonuria		ryczałt	6,59
61	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051738	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	880,87	Fenyloketonuria		ryczałt	6,59
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051776	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051639	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051783	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051769	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU GMPro (o smaku waniliowym), proszek	532,8 g (33,3 x 16 saszetek)	8716900590252	2021-09-01	2 lata	216.23, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	315,00	351,52	351,52	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 12 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
74	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
77	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	933,00	1016,64	1016,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1527,51	1520,39	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,32
79	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1527,51	1520,39	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,32
80	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	2027,18	2027,18	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	2027,18	2027,18	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
82	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2022-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	145,38	145,38	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
83	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2022-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	912,84	912,84	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
84	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2022-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	32,50	41,75	41,75	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,53
85	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2021-07-01	3 lata	246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna	49,30	61,45	61,45	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
86	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553578	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,50	52,44	52,44	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
87	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,50	52,44	52,44	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2021-01-01	2 lata	220.15, Opatrunki biopolimerowe	18,90	25,32	25,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,60
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,45	9,40	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,45	9,40	9,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,14
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,45	10,45	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,97
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,45	10,45	9,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,19
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	19,85	18,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,89
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	19,85	18,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,00	3,86	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,00	3,86	2,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
10	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,43	9,38	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,90
11	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	13,50	18,52	18,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,56
12	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	2,27	3,09	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,47
13	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,72
14	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,52
16	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,18
17	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,34
18	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
19	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm²	1 szt.	15051978002970	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	13,10	17,86	15,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,74
20	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm²	1 szt.	15051978002994	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	23,71	30,92	28,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,81
21	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,81	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,73
22	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,81	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
23	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,11	8,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,44
24	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,11	8,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,22	22,21	22,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,66
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,22	22,21	22,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,04	20,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,75
28	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,04	20,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,63
29	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,29	15,70	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,62
30	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,29	15,70	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,94	32,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,26
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,94	32,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,61	56,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,98
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,61	56,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,62	41,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,49
36	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,62	41,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
37	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,50	63,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,05
38	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,50	63,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
39	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,90	23,62	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,04
40	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,90	23,62	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,51
41	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	41,90	50,33	34,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
42	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	41,90	50,33	34,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	16,33
43	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,05	66,45	45,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,72
44	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,05	66,45	45,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,12
45	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	74,41	87,17	60,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	44,86
46	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	74,41	87,17	60,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	26,73
47	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,90	23,62	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,04
48	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,90	23,62	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,51
49	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	29,05	35,54	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,01
50	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	29,05	35,54	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,93
51	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,70	67,25	46,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
52	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,70	67,25	46,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	20,98
53	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	51,41	61,19	41,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	31,87
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	51,41	61,19	41,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	19,31
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	63,18	74,59	51,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,84
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	63,18	74,59	51,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	23,52
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	82,08	95,68	66,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,03
58	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	82,08	95,68	66,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	29,04
59	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	141,48	161,30	113,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	81,97
60	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	141,48	161,30	113,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	47,97
61	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
62	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
63	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
64	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
65	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,57
66	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
67	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm²	1 szt.	5708932551601	2022-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,23	32,96	32,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,28
68	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm²	1 szt.	5708932861496	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	41,29	51,57	46,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,91
69	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932551632	2022-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	42,61	53,71	53,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,11
70	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861489	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	68,09	82,22	76,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
71	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,89	32,16	28,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,00
72	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,89	32,16	28,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,36
73	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	29,16	37,09	32,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,41
74	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	29,16	37,09	32,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,69
75	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	49,93	61,64	57,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,31
76	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	49,93	61,64	57,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,03
77	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	07323190151172	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	16,20	20,78	15,11	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	10,20
78	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm²	1 szt.	07323190151189	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	36,45	44,61	34,00	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	20,81
79	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	07323190151226	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	97,20	113,36	90,66	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	49,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
80	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	07323190151202	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	14,58	18,85	13,60	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,33
81	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	07323190151158	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	14,58	18,85	13,60	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,33
82	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm²	1 szt.	07323190151196	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,55	21,51	6,80	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	16,75
83	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm²	1 szt.	07323190151219	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,87	27,52	20,40	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	13,24
84	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm²	1 szt.	07323190151165	2022-11-01	2 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	9,09	10,68	3,78	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	8,03
85	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,21	15,62	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
86	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,21	15,62	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
87	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	21,60	28,71	28,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
88	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	21,60	28,71	28,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
89	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,21	15,62	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
90	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,21	15,62	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
91	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	21,60	28,71	28,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
92	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	21,60	28,71	28,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
93	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,84	32,29	30,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,12
94	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,84	32,29	30,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
95	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,00	25,13	22,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,38
96	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,00	25,13	22,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
97	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	36,23	45,95	44,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,08
98	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	36,23	45,95	44,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,85
99	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,24	8,84	7,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,70
100	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,24	8,84	7,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,50
101	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	15051978002291	2021-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	31,30	38,78	30,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,63
102	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm²	1 szt.	15051978002321	2021-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,93	24,12	18,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,32
103	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,96	17,46	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,38
104	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,92	33,25	28,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,09
105	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520737	2022-05-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,73	22,39	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
106	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520744	2022-05-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	53,19	63,45	45,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	31,72
107	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520720	2022-05-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	6,38	8,33	5,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,52
108	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518017	2022-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,95	25,17	18,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,48
109	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	49,14	59,20	45,33	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,47
110	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	49,14	59,20	45,33	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,87
111	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	9,02	12,81	12,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,84
112	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	9,02	13,32	13,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
113	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym	4,21	6,19	6,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,86
114	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,50	22,15	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,57
115	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,50	22,15	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,04
116	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,27	47,56	34,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
117	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,27	47,56	34,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,56
118	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	106,92	123,57	90,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	60,11
119	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	106,92	123,57	90,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	32,91
120	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,54	5,91	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,26
121	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,54	5,91	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
122	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,02	70,49	30,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,20
123	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,02	70,49	30,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	40,08
124	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,10	131,63	60,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	89,05
125	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,10	131,63	60,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	70,80
126	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm²	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,41	26,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	45,61
127	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm²	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,41	26,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	37,55
128	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	36,98	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,40
129	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	36,98	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
130	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	36,98	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,40
131	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	36,98	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,87
132	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
133	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,11
134	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,41	25,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
135	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,41	25,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
136	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,34	48,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,50
137	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,34	48,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
138	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	28,19	34,64	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,11
139	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	28,19	34,64	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,03
140	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	55,13	65,60	46,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,21
141	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	55,13	65,60	46,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	19,33
142	Emplastri collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8595163717817	2022-03-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	29,16	36,58	26,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
143	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554863	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	33,48	41,80	32,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,23
144	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554870	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	65,88	80,59	80,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,18
145	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm²	1 szt.	3546894530669	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	41,58	51,14	38,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,06
146	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894549517	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	65,34	80,03	80,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,01
147	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554887	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	34,93	43,33	32,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,76
148	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554894	2022-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	67,75	82,56	80,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,15
149	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,52	20,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,16
150	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,52	20,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
151	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	7,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
152	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	7,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,43
153	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,28	21,77	14,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,62
154	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,28	21,77	14,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,27
155	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,64
156	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,74
157	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,86	29,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
158	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,86	29,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,86
159	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	11,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,40
160	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	11,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
161	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,86	16,35	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,93
162	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,86	16,35	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,03
163	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,29	27,00	27,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,10
164	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,29	27,00	27,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
165	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	5708932699136	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,85	20,18	20,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,05
166	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,16	8,48	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,78
167	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,16	8,48	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
168	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,29	15,62	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,04
169	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,29	15,62	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
170	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,99	7,25	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,55
171	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,99	7,25	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,53
172	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
173	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,11	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
174	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	14,96	20,23	20,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,13
175	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	14,96	20,23	20,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,08
176	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,66	26,16	26,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,85
177	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,66	26,16	26,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
178	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,91	7,17	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,47
179	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,91	7,17	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,45
180	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,98	15,30	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,72
181	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,98	15,30	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,19
182	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,80	4,08	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,43
183	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,80	4,08	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,30
184	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,40	9,78	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,08
185	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,40	9,78	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,06
186	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,22	23,96	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,38
187	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,22	23,96	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,85
188	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	31,10	38,18	26,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,38
189	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	31,10	38,18	26,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,32
190	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm²	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,50	18,22	6,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,71
191	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm²	1 szt.	4049500222259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	24,01	28,89	14,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,73
192	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,35	8,68	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
193	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,35	8,68	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,96
194	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,58	15,93	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
195	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,58	15,93	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
196	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447546964	2022-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,00	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,30
197	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447546995	2022-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,50	13,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
198	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,00	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,30
199	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,00	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,28
200	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,79	15,10	15,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
201	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,79	15,10	15,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
202	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,68	25,13	25,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,54
203	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,68	25,13	25,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
204	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,59	10,57	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,39
205	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,59	10,57	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,03
206	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
207	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,59
208	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,33
209	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
210	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
211	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
212	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,43
213	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
214	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	60,48	74,46	74,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,34
215	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	60,48	74,46	74,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
216	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,44
217	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,08
218	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,71
219	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,82
220	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,68
221	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
222	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,49	35,67	35,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,70
223	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,49	35,67	35,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,16	37,69	37,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,31
225	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,16	37,69	37,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
226	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,60	10,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
227	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,60	10,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
228	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,19	20,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06
229	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,19	20,19	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
230	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,80	15,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
231	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,80	15,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
232	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,59	29,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,88
233	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,59	29,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
234	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,54	6,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,96
235	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,54	6,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
236	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,30	44,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,29
237	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,30	44,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
238	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,60	10,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
239	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,60	10,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
240	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,84	22,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,85
241	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,84	22,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
242	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,26	7,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,18
243	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,26	7,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
244	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,37	16,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,91
245	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,37	16,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
246	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,27	22,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
247	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,27	22,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
248	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,61	13,34	12,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,66
249	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,61	13,34	12,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,94
250	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,69	19,80	19,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,18
251	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,69	19,80	19,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
252	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,17	27,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,15
253	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,17	27,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
254	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,26	47,42	47,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,23
255	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm²	1 szt.	5000223482503	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	48,60	60,91	60,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,27
256	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm²	1 szt.	5000223481421	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,53	27,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
257	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 21,6x23 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm²	1 szt.	5000223481452	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,35	43,24	43,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,97
258	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,68	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
259	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,68	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
260	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,05	31,08	29,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,09
261	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,05	31,08	29,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,09
262	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,44	3,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,11
263	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,44	3,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,11
264	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,07	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
265	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,07	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,74
266	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,07	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
267	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,07	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,74
268	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,77	21,14	20,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,56
269	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,77	21,14	20,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,31
270	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,98	35,98	35,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,79
271	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,98	35,98	35,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
272	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,72	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
273	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,72	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
274	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,29	38,74	38,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,62
275	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,29	38,74	38,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	34,13	43,35	43,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,01
277	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	34,13	43,35	43,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
278	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,92	39,49	39,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,85
279	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,92	39,49	39,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
280	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	40,14	50,57	50,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,17
281	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	40,14	50,57	50,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
282	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	44,53	55,61	55,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,68
283	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	44,53	55,61	55,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
284	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	75,73	91,42	91,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,43
285	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	75,73	91,42	91,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
286	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932861557	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,93	13,89	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,56
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm²	1 szt.	5708932861571	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,47	20,82	20,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm²	1 szt.	5708932861564	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,12	41,03	41,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,31
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm²	1 szt.	5708932861540	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,70	8,16	7,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,91
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932861526	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,63	48,69	48,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,61
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861533	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	52,25	64,58	64,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,37
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,21	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,88
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,21	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,88
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,16	29,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,17
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,16	29,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,17
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 100 cm²	1 szt.	5708932551540	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,02	15,03	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 225 cm²	1 szt.	5708932551571	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,38	28,28	28,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,48
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm²	1 szt.	5708932861588	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	39,69	50,09	50,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,03
299	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
300	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	18,79	25,18	25,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,55
301	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106423	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,14	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
302	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106485	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,58	47,88	47,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,36
303	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	6940610106515	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	56,38	69,61	69,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
304	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	6940610106546	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	75,17	91,33	91,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,40
305	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106607	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
306	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106690	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,14	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
307	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106751	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,58	47,88	47,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,36
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm²	1 szt.	5000223466695	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,72	13,67	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,34
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm²	1 szt.	5000223466725	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,87	28,79	28,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,64
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,72	12,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,82
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,72	12,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,67	26,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,00
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,67	26,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,83	8,57	8,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,57
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,83	8,57	8,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,33	8,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,33	8,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,83	3,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,83	3,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,26	12,89	12,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,47
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,26	12,89	12,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,86
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,19	36,54	36,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,96
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,19	36,54	36,54	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	39,09	49,65	49,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,90
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	39,09	49,65	49,65	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,56	59,44	59,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,83
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,56	59,44	59,44	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,58	47,88	47,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,36
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,58	47,88	47,88	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,45	22,22	22,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,45	22,22	22,22	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	93,96	112,10	112,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,63
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	93,96	112,10	112,10	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,80	7,05	6,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,29
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,80	7,05	6,80	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,25
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,40	13,33	13,33	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,15	28,03	28,03	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,28	7,71	7,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,46
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,28	7,71	7,50	Epidermolysis bullosa;		bezpłatny do limitu	0,21
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343067321	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,10	11,97	11,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,59
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm²	1 szt.	8715343067338	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,15	17,21	17,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,16
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	8715343066157	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,46	22,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,74
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343067307	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,40	42,44	42,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,73
358	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	8715343067314	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,95	60,77	60,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,23
359	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	8715343048290	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	63,94	79,54	79,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,86
360	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,11	27,78	27,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,33
361	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,11	27,78	27,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,96	22,39	20,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,81
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,96	22,39	20,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,82	40,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,25
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,82	40,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	105,08	123,77	123,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,13
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	105,08	123,77	123,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,96	22,39	20,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,81
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,96	22,39	20,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,11	37,60	37,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,11	37,60	37,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,61	10,38	8,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,43
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,61	10,38	8,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,88
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,62	29,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,89
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,62	29,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,20	52,30	39,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,31
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,20	52,30	39,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,31
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,59	11,74	10,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,59	11,74	10,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,64	12,53	12,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,76
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,64	12,53	12,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm²	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	18,33	24,99	24,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,50
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm²	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,05	37,78	37,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,24	26,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,58
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,24	26,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,58
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,96	15,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,46
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,96	15,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,39	27,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,22
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,39	27,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,35	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,02
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,35	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,02
392	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520270	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,83	13,78	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,45
393	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm2	1 szt.	3546895520287	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,12	29,06	29,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,72
394	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520294	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,89	37,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,37
395	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520263	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,54	5,14	4,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,78
396	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm2	1 szt.	3546895520300	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,66	26,09	26,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,83
397	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,40	15,84	15,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
398	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,40	15,84	15,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
399	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,62	36,99	36,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
400	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,62	36,99	36,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
401	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	57,24	70,52	70,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,16
402	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	57,24	70,52	70,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
403	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518079	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
404	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,51	36,88	36,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,06
405	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,51	36,88	36,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
406	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518116	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
407	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm²	1 szt.	3546895518123	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,06	21,70	21,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,51
408	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518130	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,51	36,88	36,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,06
409	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm²	1 szt.	3546895518109	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,08	8,78	8,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,81
410	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm²	1 szt.	3546895518147	2022-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,34	48,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,50
411	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm²	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,56	16,48	16,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
412	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm²	1 szt.	4056649067429	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,75	8,45	8,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,54
413	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,18	10,02	10,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,01
414	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,75	15,85	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76
415	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,12	25,16	25,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
416	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2022-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,60	34,13	34,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,24
417	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	6940610104740	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,98	22,23	22,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
418	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	6940610104733	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,48	17,68	17,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
419	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm²	1 szt.	6940610104757	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,97	39,52	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,86
420	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm²	1 szt.	6940610104771	2022-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,52	60,32	60,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,10
421	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
422	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,44	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,11
423	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,41	25,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
424	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,41	25,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
425	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	76,03	92,23	92,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,67
426	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	76,03	92,23	92,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
427	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,40	25,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
428	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,40	25,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
429	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,16	20,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,05
430	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,16	20,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
431	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,33	59,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
432	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,33	59,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
433	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,16	20,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,05
434	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,16	20,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
435	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,56	37,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,27
436	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,56	37,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
437	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,33	59,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,80
438	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,33	59,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
439	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
440	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,88
441	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,32
442	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,40
443	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,70
444	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	16,53
445	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
446	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,60
447	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,32	5,27	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,81
448	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,32	5,27	2,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,18
449	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,10	9,98	4,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,06
450	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,10	9,98	4,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,81
451	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	17,28	20,85	8,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,01
452	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	17,28	20,85	8,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,51
453	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
454	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	17,80
455	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
456	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
457	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
458	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
459	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
460	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
461	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
462	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
463	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683094	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,10	13,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,93
464	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	4056649683124	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,93	19,21	19,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,76
465	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	4056649683186	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,41	27,26	27,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
466	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	4056649683216	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,83	47,09	47,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,13
467	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm²	1 szt.	4056649683155	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,92	8,61	8,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,66
468	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683308	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,10	13,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,93
469	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	4056649917687	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	51,30	64,17	64,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,25
470	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	4056649917700	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,06	22,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,62
471	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm²	1 szt.	4056649917663	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,64	35,92	35,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,78
472	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej na okolicę krzyżową, sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 369 cm²	1 szt.	4021447031002	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,52	21,98	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,60
473	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, nieprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	4021447013183	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	12,10	14,36	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,08
474	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447013343	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,16	6,15	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,69
475	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	4021447013367	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	10,80	12,99	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,71
476	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	4021447013329	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,21	4,83	1,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
477	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	23,33	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,61
478	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	23,33	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,61
479	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,18	18,11	18,11	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,43
480	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,18	18,11	18,11	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,43
481	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
482	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
483	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
484	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
485	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2022-03-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,39	18,34	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,62
486	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2022-03-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,39	18,34	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,62
487	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	7,88	9,82	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,64
488	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	7,88	9,82	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
489	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2022-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	12,74	17,56	17,56	Cukrzyca		30%	5,27
490	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,58
491	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca		30%	11,68
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,16	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,70
493	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,16	37,66	Cukrzyca		30%	11,80
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,53	72,53	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,53	72,53	Cukrzyca		30%	21,76
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,58
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca		30%	11,68
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca		30%	11,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,42
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca		30%	11,52
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,42
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca		30%	11,52
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,28	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,82
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,28	37,66	Cukrzyca		30%	11,92
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca		30%	10,28
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,59	37,59	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,59	37,59	Cukrzyca		30%	11,28
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca		30%	10,97
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,91	36,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,91	36,91	Cukrzyca		30%	11,07
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,86	36,34	36,34	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,86	36,34	36,34	Cukrzyca		30%	10,90
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca		30%	10,63
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,45	37,45	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,45	37,45	Cukrzyca		30%	11,24
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,03	37,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,03	37,03	Cukrzyca		30%	11,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,75	38,33	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,87
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,75	38,33	37,66	Cukrzyca		30%	11,97
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,56	37,56	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,56	37,56	Cukrzyca		30%	11,27
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca		30%	10,97
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,93	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,47
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,93	37,66	Cukrzyca		30%	11,57
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,46	36,46	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,46	36,46	Cukrzyca		30%	10,94
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca		30%	10,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,14	37,14	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,14	37,14	Cukrzyca		30%	11,14
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,12	37,66	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,12	37,66	37,66	Cukrzyca		30%	11,30
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,44	68,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,44	68,44	Cukrzyca		30%	20,53
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,01	36,01	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,01	36,01	Cukrzyca		30%	10,80
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca		30%	10,63

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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetas	Abiraterone Accord, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05055565780886	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 250 mg	120 szt.	09008732014020	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	09008732014037	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetas	Abiraterone Glenmark, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991472276	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetas	Abiraterone Krka, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	03838989746711	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetas	Abiraterone Pharmascience, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991485764	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetas	Abiraterone Richter, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991484651	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3240,00	3402,00	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05907626709865	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3240,00	3402,00	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
13	Abirateroni acetas	Abiraterone STADA, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991474102	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
14	Abirateroni acetas	Abiraterone Vipharm, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901812162175	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
15	Abirateronum	Abiraterone Zentiva, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991469986	2022-11-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	3464,64	3637,87	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
16	Abirateronum	Zytiga, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991307080	2022-09-01	3 lata	1121.0, Octan abirateronu	10044,00	10546,20	3402,00	B.56.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	452,06	474,66	380,31	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1808,22	1898,63	1521,25	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	05909990005055	2020-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	2455,11	2577,87	1521,25	B.33.	bezpłatny	0 zł
20	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1521,25	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
21	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1521,25	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
22	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. 0,8 ml + 1 strzyk. + 1 igła + 1 nasadka + 2 gaziki	04052682034206	2020-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	762,53	800,66	760,63	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
23	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2020-03-01/<6>2022-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1448,81	1521,25	1521,25	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
24	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2020-03-01/<6>2022-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1448,81	1521,25	1521,25	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
25	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170150	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1521,25	B.32.	bezpłatny	0 zł
26	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170167	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1521,25	B.32.	bezpłatny	0 zł
27	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
28	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
29	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
30	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2021-07-01	1 rok 6 miesięcy	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1395,14	1464,90	1464,90	B.4.	bezpłatny	0 zł
31	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2021-07-01	1 rok 6 miesięcy	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	2790,29	2929,80	2929,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
32	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2022-11-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	2106,00	2211,30	2211,30	B.70.	bezpłatny	0 zł
33	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2021-09-01	2 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5940,00	6237,00	6237,00	B.104.	bezpłatny	0 zł
34	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2021-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	11374,31	11943,03	11943,03	B.104.	bezpłatny	0 zł
35	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2021-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1624,91	1706,16	1706,15	B.104.	bezpłatny	0 zł
36	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	8532,00	8958,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
37	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	17064,00	17917,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
38	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2133,00	2239,65	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
39	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4266,00	4479,30	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
40	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2021-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	22826,62	23967,95	23967,95	B.6.	bezpłatny	0 zł
41	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2021-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	30038,04	31539,94	31539,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
42	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2021-03-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1892,16	1986,77	1986,77	B.22.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
43	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
44	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
45	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	14175,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
46	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	14175,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
47	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	14175,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
48	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2021-11-01	2 lata	1227.0, Amifamprydyna	8505,00	8930,25	8930,25	B.121.	bezpłatny	0 zł
49	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml	07350031442090	2021-05-01	2 lata	1153.0, Anakinra	859,46	902,43	902,43	B.86.	bezpłatny	0 zł
50	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	<1>2022-07-01/<2>2022-05-01	2 lata	1153.0, Anakinra	859,46	902,43	902,43	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
51	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2022-03-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	14472,00	15195,60	15195,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
52	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfina	756,00	793,80	793,80	B.90.	bezpłatny	0 zł
53	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg	30 sasz.	05391528830510	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	112877,80	118521,69	118521,69	B.130.	bezpłatny	0 zł
54	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg	30 sasz.	05391528830497	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	14109,72	14815,21	14815,21	B.130.	bezpłatny	0 zł
55	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg	30 sasz.	05391528830503	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	28219,45	29630,42	29630,42	B.130.	bezpłatny	0 zł
56	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2022-05-01/<2>2021-07-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	19389,24	20358,70	20358,70	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
57	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	<1>2021-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1223.0, Awelumab	3697,92	3882,82	3882,82	<1>B.117.; <2>B.141.	bezpłatny	0 zł
58	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2022-05-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucel	1407665,52	1478048,80	1478048,80	B.93.	bezpłatny	0 zł
59	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2456,73	2579,57	2579,57	B.10.	bezpłatny	0 zł
60	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	12281,22	12895,28	12895,28	B.10.	bezpłatny	0 zł
61	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	5194,85	5454,59	5454,59	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
62	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	5194,85	5454,59	5454,59	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
63	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2022-09-01	1 rok 6 miesięcy	1249.0, Bedakilina	64038,60	67240,53	67240,53	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
64	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	9294,12	9758,83	9758,83	B.44.	bezpłatny	0 zł
65	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	9294,12	9758,83	9758,83	B.44.	bezpłatny	0 zł
66	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	05909990031900	2020-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1728,00	1814,40	1814,40	B.21.	bezpłatny	0 zł
67	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><2><3><5>2021-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	496,80	521,64	521,64	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
68	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2021-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	521,64	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
69	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01/<4>2022-09-01/<5>2021-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	541,46	568,53	521,64	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
70	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	2022-03-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	456,30	479,12	479,12	<4>B.70.	bezpłatny	0 zł
71	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05415062349359	<1><2>2021-03-01/<3>2021-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	545,40	572,67	521,64	<3>B.70.	bezpłatny	0 zł
72	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><2><3><5>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	475,20	498,96	498,96	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
73	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2021-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3844,80	4037,04	4037,04	B.66.	bezpłatny	0 zł
74	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2022-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	10753,91	11291,61	11291,61	B.59.	bezpłatny	0 zł
75	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2021-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9984,83	10484,07	10484,07	B.65.	bezpłatny	0 zł
76	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	810,00	850,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
77	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg	56 szt.	05909991102807	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	405,00	425,25	425,25	B.31.	bezpłatny	0 zł
78	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1350,00	1417,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
79	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2021-07-01	1 rok 8 miesięcy	1163.0, Bosutynib	2671,35	2804,92	2804,92	B.14.	bezpłatny	0 zł
80	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2021-07-01	1 rok 8 miesięcy	1163.0, Bosutynib	13356,77	14024,61	14024,61	B.14.	bezpłatny	0 zł
81	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	2022-09-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	13068,00	13721,40	13721,40	B.66; B.77.	bezpłatny	0 zł
82	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	18445,64	B.6.	bezpłatny	0 zł
83	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8783,64	9222,82	9222,82	B.6.	bezpłatny	0 zł
84	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2927,88	3074,27	3074,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
85	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	16139,94	B.6.	bezpłatny	0 zł
86	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2021-11-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2847,61	2990,00	2990,00	B.70.	bezpłatny	0 zł
87	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powi., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2021-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
88	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powi., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2021-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
89	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powi., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2021-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
90	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2021-11-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2184,84	2294,08	2294,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
91	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2021-11-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4369,68	4588,16	4588,16	B.54.	bezpłatny	0 zł
92	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	2021-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	23004,00	24154,20	24154,20	B.125.	bezpłatny	0 zł
93	Ceritinibum	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg	150 szt.	05909991220075	2022-01-01	2 lata	1197.0, Cerytynib	21089,56	22144,04	22144,04	B.6.	bezpłatny	0 zł
94	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3><5>2021-09-01/<4>2021-01-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2957,70	3105,59	3105,59	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
95	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2021-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	3828,60	4020,03	4020,03	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
96	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2021-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	765,72	804,01	804,01	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
97	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
98	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
99	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	972,00	1020,60	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
100	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991256654	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
101	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991256685	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
102	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991256715	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	972,00	1020,60	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
103	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	319,68	335,66	335,66	B.39.	bezpłatny	0 zł
104	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	639,36	671,33	671,33	B.39.	bezpłatny	0 zł
105	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	959,04	1006,99	1006,99	B.39.	bezpłatny	0 zł
106	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	417,91	438,81	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
107	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	835,80	877,59	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
108	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	1253,71	1316,40	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
109	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	9345,24	9812,50	9812,50	B.29.	bezpłatny	0 zł
110	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	37380,96	39250,01	39250,01	B.29.	bezpłatny	0 zł
111	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	56071,44	58875,01	58875,01	B.29.	bezpłatny	0 zł
112	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2021-03-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	21600,00	22680,00	22680,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
113	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	13940,42	14637,44	14637,44	B.6.	bezpłatny	0 zł
114	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	17425,53	18296,81	18296,81	B.6.	bezpłatny	0 zł
115	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	17794,08	18683,78	18683,78	B.59.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
116	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4151,95	4359,55	4359,55	B.59.	bezpłatny	0 zł
117	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	26691,12	28025,68	28025,68	B.59.	bezpłatny	0 zł
118	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	6227,93	6539,33	6539,33	B.59.	bezpłatny	0 zł
119	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05415062343951	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	3245,13	B.6.	bezpłatny	0 zł
120	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05415062343968	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	6490,26	B.6.	bezpłatny	0 zł
121	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	05415062343975	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	9735,39	B.6.	bezpłatny	0 zł
122	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	2022-03-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	32446,43	34068,75	34068,75	B.54.	bezpłatny	0 zł
123	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2021-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	7210,32	7570,84	7570,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
124	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2021-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1802,58	1892,71	1892,71	B.54.	bezpłatny	0 zł
125	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	136,08	142,88	142,88	B.37.	bezpłatny	0 zł
126	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	204,12	214,33	214,33	B.37.	bezpłatny	0 zł
127	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	272,16	285,77	285,77	B.37.	bezpłatny	0 zł
128	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	340,20	357,21	357,21	B.37.	bezpłatny	0 zł
129	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	408,24	428,65	428,65	B.37.	bezpłatny	0 zł
130	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2022-03-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	13214,88	13875,62	13875,62	B.56.	bezpłatny	0 zł
131	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	13589,39	14268,86	14268,86	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
132	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	19025,15	19976,41	19976,41	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
133	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5435,76	5707,55	5707,55	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
134	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	13589,39	14268,86	14268,86	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
135	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10871,51	11415,09	11415,09	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
136	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2022-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3549,80	3727,29	3727,29	B.134.	bezpłatny	0 zł
137	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg	1 implant doszklistkowy z aplikatorem	05909990796663	2021-07-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklistego	4201,20	4411,26	4411,26	B.70.	bezpłatny	0 zł
138	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2022-09-01	1 rok 4 miesiące	1145.0, Fumaran dimetylu	1021,68	1072,76	1072,76	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
139	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2022-09-01	1 rok 4 miesiące	1145.0, Fumaran dimetylu	4086,72	4291,06	4291,06	B.29.	bezpłatny	0 zł
140	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2022-09-01	2 lata	1208.0, Dinutuksymab beta	39580,62	41559,65	41559,65	B.110.	bezpłatny	0 zł
141	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4884,93	5129,18	5129,18	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
142	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4884,93	5129,18	5129,18	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
143	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9828,00	10319,40	10319,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
144	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2358,72	2476,66	2476,66	B.6.	bezpłatny	0 zł
145	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	<1>1 rok 10 miesięcy/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	18361,08	19279,13	19279,13	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
146	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
147	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3888,00	4082,40	4082,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
148	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
149	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
150	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
151	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
152	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	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4201,20	4411,26	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
153	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	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	8402,40	8822,52	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
154	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	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1050,30	1102,82	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
155	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	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	12603,60	13233,78	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
156	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	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2100,60	2205,63	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
157	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg	28 szt.	05901549325102	2021-05-01	3 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	43092,00	45246,60	45246,60	B.71.	bezpłatny	0 zł
158	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2022-03-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	81253,99	85316,69	85316,69	B.23.	bezpłatny	0 zł
159	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	3218,23	3379,14	3379,14	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
160	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	6436,45	6758,27	6758,27	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
161	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	2923,20	3069,36	3069,36	B.59.	bezpłatny	0 zł
162	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	6314,10	6629,81	6629,81	B.59.	bezpłatny	0 zł
163	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2020-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,79	96,38	96,38	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
164	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2020-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,58	192,76	192,76	B.1.	bezpłatny	0 zł
165	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991337957	<1>2021-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	410,40	430,92	430,92	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
166	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991337971	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	820,80	861,84	861,84	B.1.	bezpłatny	0 zł
167	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	361,80	379,89	379,89	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
168	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2021-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	723,60	759,78	759,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
169	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	<1>2021-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	215,95	226,75	226,75	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
170	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	431,89	453,48	453,48	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
171	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	<1>2022-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	87,48	91,85	91,85	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
172	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2022-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	174,96	183,71	183,71	B.1.	bezpłatny	0 zł
173	Enzalutamidum	Xtandi, kaps. miękkie, 40 mg	112 szt.	05909991080938	2022-03-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	13296,96	13961,81	13961,81	B.56.	bezpłatny	0 zł
174	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2022-03-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	13296,96	13961,81	13961,81	B.56.	bezpłatny	0 zł
175	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	162,00	170,10	170,10	B.37.	bezpłatny	0 zł
176	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	05909990072392	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	324,00	340,20	340,20	B.37.	bezpłatny	0 zł
177	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	486,00	510,30	510,30	B.37.	bezpłatny	0 zł
178	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	B.37.	bezpłatny	0 zł
179	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	94,28	98,99	98,99	B.31.	bezpłatny	0 zł
180	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	282,85	296,99	296,99	B.31.	bezpłatny	0 zł
181	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2022-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1974,05	2072,75	2072,75	B.133.	bezpłatny	0 zł
182	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2022-09-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	550,80	578,34	578,34	B.33.	bezpłatny	0 zł
183	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	<1><2><3>2022-09-01/<4>2021-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1377,00	1445,85	1445,85	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
184	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	B.47.	bezpłatny	0 zł
185	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	B.47.	bezpłatny	0 zł
186	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
187	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
188	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
189	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2022-07-01/<2>2020-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	12960,00	13608,00	8334,90	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
190	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2022-07-01/<2>2020-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	9309,60	9775,08	4167,45	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
191	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7938,00	8334,90	8334,90	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
192	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	3969,00	4167,45	4167,45	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
193	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4536,00	4762,80	4762,80	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
194	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2268,00	2381,40	2381,40	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
195	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4536,00	4762,80	4762,80	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
196	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2268,00	2381,40	2381,40	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
197	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	14580,00	15309,00	15309,00	B.89.	bezpłatny	0 zł
198	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	5238,00	5499,90	5499,90	B.89.	bezpłatny	0 zł
199	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	10476,00	10999,80	10999,80	B.89.	bezpłatny	0 zł
200	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2022-11-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1700,14	1785,15	1785,15	B.101.	bezpłatny	0 zł
201	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1814,40	1905,12	1905,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
202	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	907,20	952,56	952,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
203	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1587,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
204	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	923,40	969,57	793,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
205	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
206	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
207	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573615	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1360,80	1428,84	1428,84	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573554	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	340,20	357,21	357,21	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
209	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573561	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	680,40	714,42	714,42	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
211	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	461,70	484,79	484,79	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
213	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2022-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	21878,10	22972,01	22972,01	B.81.	bezpłatny	0 zł
214	Fingolimodum	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03830070471786	2022-09-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2700,00	2835,00	2835,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
215	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2022-11-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	5092,06	5346,66	2835,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
216	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2022-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1890,00	1984,50	1984,50	B.133.	bezpłatny	0 zł
217	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2022-09-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	28080,00	29484,00	29484,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
218	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2022-09-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	90847,99	95390,39	95390,39	B.114.	bezpłatny	0 zł
219	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	2 lata	1237.0, Giwosyran	171952,93	180550,58	180550,58	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
220	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp-strzyk.	05909990017065	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2970,00	3118,50	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
221	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2970,00	3118,50	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
222	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2330,64	2447,17	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
223	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991353926	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	1998,00	2097,90	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
224	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powl., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2022-09-01	3 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	48858,16	51301,07	51301,07	B.71.	bezpłatny	0 zł
225	Glyceroli phenylbutyras	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2022-11-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	774,79	813,53	813,53	B.140.	bezpłatny	0 zł
226	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2022-09-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2772,63	2911,26	2911,26	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
227	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2022-09-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	9234,00	9695,70	9695,70	B.47.	bezpłatny	0 zł
228	Ibrutinibum	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2021-01-01	2 lata	1166.0, Ibrutynib	23328,00	24494,40	24494,40	B.92.	bezpłatny	0 zł
229	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2020-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	10464,31	10987,53	10987,53	B.25.	bezpłatny	0 zł
230	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp. 1 ml	05908229300633	2022-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1801,25	1891,31	1891,31	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
231	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2022-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1350,00	1417,50	1417,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
232	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1>2020-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	<2>B.3.	bezpłatny	0 zł
233	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1>2020-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	<2>B.3.	bezpłatny	0 zł
234	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	311,85	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
235	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	623,70	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
236	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	297,00	311,85	311,85	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
237	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	594,00	623,70	623,70	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
238	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2022-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5797,75	6087,64	6087,64	B.23.	bezpłatny	0 zł
239	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	732353,40	768971,07	768971,07	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
240	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	1464706,80	1537942,14	1537942,14	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
241	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2022-01-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1209,60	1270,08	1270,08	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
242	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	<1>2022-07-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2419,20	2540,16	2540,16	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
243	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	507,60	532,98	532,98	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
244	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1015,20	1065,96	1065,96	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
245	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	253,80	266,49	266,49	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
246	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2538,00	2664,90	2664,90	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
247	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	05909991078676	<1>2021-11-01/<2>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9720,00	10206,00	10206,00	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
248	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	561,60	589,68	589,68	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
249	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1123,20	1179,36	1179,36	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
250	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2246,40	2358,72	2358,72	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
251	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	280,80	294,84	294,84	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
252	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3240,00	3402,00	3402,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
253	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6480,00	6804,00	6804,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
254	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	810,00	850,50	850,50	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
255	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9720,00	10206,00	10206,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
256	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1620,00	1701,00	1701,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
257	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	243,00	255,15	255,15	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
258	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
260	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
261	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	7290,00	7654,50	7654,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
262	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
263	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990725793	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
264	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990725809	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
265	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990725823	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
266	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990725786	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
267	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	05909990049875	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
268	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	05909990049882	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
269	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	05909990049851	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
270	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2022-11-01	2 lata	1261.0, Inklisiran	10798,92	11338,87	11338,87	B.101.	bezpłatny	0 zł
271	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2022-05-01	<1><5><6>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	939,60	986,58	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
272	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	2021-01-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	745,20	782,46	782,46	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
273	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5><6>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	810,00	850,50	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
274	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2021-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	42973,20	45121,86	45121,86	B.65.	bezpłatny	0 zł
275	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2022-11-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2317,68	2433,56	2433,56	B.29.	bezpłatny	0 zł
276	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
277	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
278	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3470,04	3643,54	3643,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
279	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3470,04	3643,54	3643,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
280	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2022-05-01/<2>2021-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	13622,90	14304,05	14304,05	<1>B.10.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł
281	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2022-05-01/<2>2021-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	54491,61	57216,19	57216,19	<1>B.10.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł
282	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2022-03-01	1 rok 4 miesiące	1216.0, Iwakaftor	27103,63	28458,81	28213,92	B.112.	bezpłatny	0 zł
283	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2022-11-01	8 miesięcy	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
284	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2022-11-01	8 miesięcy	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
285	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2022-03-01	1 rok 4 miesiące	1216.0, Iwakaftor	27103,63	28458,81	28213,92	B.112.	bezpłatny	0 zł
286	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2022-11-01	8 miesięcy	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
287	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2022-03-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	48511,44	50937,01	50937,01	B.112.	bezpłatny	0 zł
288	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2022-03-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	48511,44	50937,01	50937,01	B.112.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
289	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2022-03-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	21234,93	22296,68	22296,68	B.112.	bezpłatny	0 zł
290	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2022-03-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	21234,93	22296,68	22296,68	B.112.	bezpłatny	0 zł
291	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2022-03-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	47389,85	49759,34	49759,34	B.112.	bezpłatny	0 zł
292	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	10833,81	B.54.	bezpłatny	0 zł
293	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	14131,06	B.54.	bezpłatny	0 zł
294	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	18841,41	B.54.	bezpłatny	0 zł
295	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2021-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2022-11-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Iksekizumab	9280,85	9744,89	9744,89	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
296	Karfilzomib	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2021-05-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	728,28	764,69	764,69	B.54.	bezpłatny	0 zł
297	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2021-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	169,70	178,19	178,19	B.113.	bezpłatny	0 zł
298	Lamivudinum	Lamivudine Mylan, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991259907	2020-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	90,72	95,26	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
299	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	107,50	112,88	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
300	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 fiol.	05060147027884	2021-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	65590,56	68870,09	68870,09	B.122.	bezpłatny	0 zł
301	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2021-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	6457,49	6780,36	6780,36	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
302	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2021-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	3228,75	3390,19	3390,19	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
303	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2022-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2304,72	2419,96	2419,96	B.24.	bezpłatny	0 zł
304	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2022-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	56158,92	58966,87	58966,87	B.71.	bezpłatny	0 zł
305	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1121,04	1177,09	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
306	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1681,56	1765,64	1750,32	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
307	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2242,08	2354,18	2333,76	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
308	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2802,60	2942,73	2917,20	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
309	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	560,52	588,55	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
310	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1950,48	2048,00	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
311	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2925,72	3072,01	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
312	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4876,20	5120,01	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
313	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	975,24	1024,00	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
314	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
315	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991472207	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
316	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991472245	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
317	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
318	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	08595112678558	2022-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1948,21	2045,62	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
319	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	08595112678565	2022-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2922,32	3068,44	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
320	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	08595112678572	2022-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4870,53	5114,06	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
321	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	08595112678541	2022-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	974,11	1022,82	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
322	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	B.54.	bezpłatny	0 zł
323	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
324	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
325	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	B.54.	bezpłatny	0 zł
326	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	03838989737627	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1948,21	2045,62	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
327	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	03838989737634	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2922,32	3068,44	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
328	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	03838989737641	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4870,53	5114,06	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
329	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	03838989737658	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	974,11	1022,82	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
330	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
331	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
332	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
333	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
334	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1123,20	1179,36	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
335	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1684,80	1769,04	1750,32	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
336	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2808,00	2948,40	2917,20	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
337	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	561,60	589,68	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
338	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
339	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991451455	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
340	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991451493	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
341	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
342	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05907626709094	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1950,48	2048,00	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
343	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05907626709100	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2925,72	3072,01	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
344	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05907626709124	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4876,20	5120,01	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
345	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05907626709070	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	975,24	1024,00	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
346	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	05909991470302	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
347	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	05909991470319	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
348	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	05909991470333	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
349	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	05909991470258	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
350	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991447830	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1950,48	2048,00	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
351	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991447854	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2925,72	3072,01	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
352	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991447892	2022-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4876,20	5120,01	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
353	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991447793	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	975,24	1024,00	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
354	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	06432100056047	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1209,60	1270,08	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
355	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	06432100056054	2022-09-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1814,40	1905,12	1750,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
356	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	06432100056061	2022-09-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	3024,00	3175,20	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
357	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	06432100056030	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	604,80	635,04	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
358	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
359	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991480318	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1750,32	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
360	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991480332	2022-11-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2917,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
361	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	2022-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
362	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	14276,96	14990,81	1166,88	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
363	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909990086764	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	15059,12	15812,08	1750,32	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
364	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909990086771	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	16564,76	17393,00	2917,20	<1>B.54.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
365	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	13616,86	14297,70	583,44	<1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93.	bezpłatny	0 zł
366	Letermovir	Prevymis, tabl. powl., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	19440,00	20412,00	20412,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
367	Letermovir	Prevymis, tabl. powl., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	38880,00	40824,00	40824,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
368	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2021-05-01	3 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2773,53	2912,21	2912,21	B.90.	bezpłatny	0 zł
369	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2021-11-01	2 lata	1234.0, Lewofloksacyna	10746,00	11283,30	11283,30	B.27.	bezpłatny	0 zł
370	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2022-03-01	2 lata	1205.0, L-Karnityna	2021,14	2122,20	2122,20	B.109.	bezpłatny	0 zł
371	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326111	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2268,00	2381,40	2381,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
372	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326128	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3402,00	3572,10	3572,10	B.15.	bezpłatny	0 zł
373	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326135	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4536,00	4762,80	4762,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
374	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326098	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	567,00	595,35	595,35	B.15.	bezpłatny	0 zł
375	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326142	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5670,00	5953,50	5953,50	B.15.	bezpłatny	0 zł
376	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326159	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6804,00	7144,20	7144,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
377	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326104	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1134,00	1190,70	1190,70	B.15.	bezpłatny	0 zł
378	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2021-07-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	21747,53	22834,91	22834,91	B.6.	bezpłatny	0 zł
379	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2021-07-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	16310,65	17126,18	17126,18	B.6.	bezpłatny	0 zł
380	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	2 lata	1238.0, Lumazyran	331420,09	347991,09	347991,09	B.129.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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
381	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2022-11-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	91800,00	96390,00	96390,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
382	Macitentanum	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2022-09-01	1 rok 2 miesiące	1139.0, Macytentan	10277,90	10791,80	10791,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
383	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2020-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2664,93	2798,18	2798,18	B.20.	bezpłatny	0 zł
384	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
385	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
386	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
387	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990213689	2021-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	978,48	1027,40	1027,40	B.61.	bezpłatny	0 zł
388	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2022-11-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4935,60	5182,38	5182,38	B.61.	bezpłatny	0 zł
389	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2021-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	56190,48	59000,00	59000,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
390	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2021-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	28095,24	29500,00	29500,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
391	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2022-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	64570,89	67799,43	67799,43	B.104.	bezpłatny	0 zł
392	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819515	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
393	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990010554	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
394	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819317	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
395	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819416	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
396	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2022-11-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	6156,00	6463,80	6463,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
397	Nilotynibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2020-11-01	3 lata	1072.0, Nilotynib	10588,46	11117,88	11117,88	B.14.	bezpłatny	0 zł
398	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	5238,00	5499,90	5499,90	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
399	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	9288,00	9752,40	9752,40	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
400	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9743,12	10230,28	10230,28	B.6.	bezpłatny	0 zł
401	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	6192,00	6501,60	6501,60	B.6.	bezpłatny	0 zł
402	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9288,00	9752,40	9752,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
403	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	05909991425487	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	21119,63	22175,61	22175,61	B.50.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
404	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	84 szt.	05909991425494	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	31679,45	33263,42	33263,42	B.50.	bezpłatny	0 zł
405	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05909991358334	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5212,35	5472,97	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
406	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg	60 szt.	05909991358310	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1042,47	1094,59	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
407	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05909991358327	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2606,18	2736,49	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
408	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
409	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
410	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
411	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
412	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1><6>2022-09-01/<3><5>2021-09-01/<2>2022-05-01/<4>2022-11-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	6388,86	6708,30	6708,30	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.58.; <5>B.59.; <6>B.100.	bezpłatny	0 zł
413	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1><6>2022-09-01/<3><5>2021-09-01/<2>2022-05-01/<4>2022-11-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	2555,54	2683,32	2683,32	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.58.; <5>B.59.; <6>B.100.	bezpłatny	0 zł
414	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2589,67	2719,15	2719,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
415	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5179,33	5438,30	5438,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
416	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	647,42	679,79	679,79	B.15.	bezpłatny	0 zł
417	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1294,83	1359,57	1359,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
418	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210120	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
419	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210137	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
420	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210090	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
421	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210144	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
422	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210106	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
423	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2021-01-01	2 lata	1185.0, Nusinersen	325080,00	341334,00	341334,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
424	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1148.0, Obinutuzumab	11502,00	12077,10	12077,10	<1>B.12.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
425	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2022-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	22499,64	23624,62	23624,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
426	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2022-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2667,60	2800,98	2800,98	B.15.	bezpłatny	0 zł
427	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4001,40	4201,47	4201,47	B.15.	bezpłatny	0 zł
428	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5335,20	5601,96	5601,96	B.15.	bezpłatny	0 zł
429	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	666,90	700,25	700,25	B.15.	bezpłatny	0 zł
430	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	8002,80	8402,94	8402,94	B.15.	bezpłatny	0 zł
431	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1333,80	1400,49	1400,49	B.15.	bezpłatny	0 zł
432	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2022-11-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5997,62	6297,50	6297,50	B.29.	bezpłatny	0 zł
433	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05000456031325	2022-11-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	B.50.; B.85.	bezpłatny	0 zł
434	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05000456031318	2022-11-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	B.50.; B.85.	bezpłatny	0 zł
435	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1332,06	1398,66	1398,66	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
436	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	666,03	699,33	699,33	B.44.	bezpłatny	0 zł
437	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
438	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
439	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
440	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
441	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
442	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
443	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
444	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
445	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
446	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
447	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
448	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
449	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
450	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
451	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
452	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
453	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
454	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
455	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
456	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
457	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
458	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
459	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	13041,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
460	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	26082,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
461	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	2022-11-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1397,24	1467,10	1467,10	B.29.	bezpłatny	0 zł
462	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	2022-11-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5588,96	5868,41	5868,41	B.29.	bezpłatny	0 zł
463	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2021-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	930,85	977,39	977,39	B.85.	bezpłatny	0 zł
464	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9666,00	10149,30	8119,44	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
465	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9666,00	10149,30	10149,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
466	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9666,00	10149,30	6089,58	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
467	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2021-09-01	3 lata	1073.0, Palivizumab	1585,71	1665,00	1665,00	B.40.	bezpłatny	0 zł
468	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2021-09-01	3 lata	1073.0, Palivizumab	3171,42	3329,99	3329,99	B.40.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
469	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990646555	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	5184,00	5443,20	5443,20	B.4.	bezpłatny	0 zł
470	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990646531	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1296,00	1360,80	1360,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
471	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.	05909990942022	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.39.	bezpłatny	0 zł
472	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.39.	bezpłatny	0 zł
473	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol. a 1 ml	05909990942060	2021-03-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.39.	bezpłatny	0 zł
474	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.39.	bezpłatny	0 zł
475	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002582	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9398,03	9867,93	2560,54	B.118.	bezpłatny	0 zł
476	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002575	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9398,03	9867,93	5121,08	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
477	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002568	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9754,43	10242,15	7681,61	B.118.	bezpłatny	0 zł
478	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002605	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9754,43	10242,15	10242,15	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
479	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002599	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	10795,27	11335,03	11335,03	B.99.	bezpłatny	0 zł
480	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	2235,60	2347,38	2347,38	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
481	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	6706,80	7042,14	7042,14	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
482	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	4471,20	4694,76	4694,76	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
483	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	8942,40	9389,52	9389,52	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
484	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
485	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
486	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
487	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520442274	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
488	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
489	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520441970	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
490	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
491	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	7560,00	7938,00	7938,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
492	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	11340,00	11907,00	11907,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
493	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	15120,00	15876,00	15876,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
494	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	18900,00	19845,00	19845,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
495	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><3>2021-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	14082,64	14786,77	14786,77	<1>B.6.; <2>B.52.; <3>B.59.	bezpłatny	0 zł
496	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2021-09-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	11016,00	11566,80	11566,80	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
497	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05902768001181	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
498	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05902768001198	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1741,50	1828,58	1828,58	B.87.	bezpłatny	0 zł
499	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05902768001211	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
500	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2022-05-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1334,51	1401,24	1401,24	B.93.	bezpłatny	0 zł
501	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2022-05-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	45330,84	47597,38	47597,38	B.93.	bezpłatny	0 zł
502	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2022-09-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	9713,75	10199,44	10199,44	B.93.	bezpłatny	0 zł
503	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	14 szt.	05909991398477	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	24716,16	25951,97	25951,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
504	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
505	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	14 szt.	05909991398484	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	24716,16	25951,97	25951,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
506	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
507	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	14 szt.	05909991398491	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	24716,16	25951,97	25951,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
508	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
509	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	14 szt.	05909991398507	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	24716,16	25951,97	25951,97	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
510	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
511	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2022-09-01	10 miesięcy	1207.0, Ponatynib	25165,08	26423,33	26423,33	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
512	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2022-09-01	10 miesięcy	1207.0, Ponatynib	25165,08	26423,33	26423,33	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
513	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	578,67	607,60	607,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
514	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3904,31	4099,53	4099,53	B.29.	bezpłatny	0 zł
515	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	2 lata	1253.0, Pretomanid	15454,80	16227,54	16227,54	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
516	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2021-11-01	3 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	18662,40	19595,52	19595,52	B.56.	bezpłatny	0 zł
517	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	2022-11-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3628,80	3810,24	3810,24	B.58.	bezpłatny	0 zł
518	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2020-01-01	3 lata	1134.0, Ranibizumab	3133,41	3290,08	3290,08	B.70.	bezpłatny	0 zł
519	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2022-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	10267,32	10780,69	10780,69	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
520	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
521	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 szt.	05908229300336	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
522	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
523	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 szt.	05908229300398	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
524	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
525	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampułko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	2022-09-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	12421,08	13042,13	13042,13	B.47.	bezpłatny	0 zł
526	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2022-09-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	38475,23	40398,99	40398,99	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
527	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2199,64	2309,62	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
528	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5500,55	5775,58	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
529	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
530	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
531	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	476,28	500,09	500,09	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
532	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2381,40	2500,47	2500,47	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
533	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1217,14	1278,00	1278,00	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
534	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2434,28	2555,99	2555,99	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
535	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	2022-07-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	13020,75	13671,79	13671,79	B.81.	bezpłatny	0 zł
536	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	2022-07-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	13020,75	13671,79	13671,79	B.81.	bezpłatny	0 zł
537	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	2022-07-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6510,38	6835,90	6835,90	B.81.	bezpłatny	0 zł
538	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2022-11-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	4644,00	4876,20	4876,20	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
539	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2022-11-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	32940,00	34587,00	34587,00	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
540	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz.	05909991203832	<1><2><3>2022-11-01/<4>2022-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1180.0, Sekukinumab	4421,37	4642,44	4642,44	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
541	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	2022-11-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4421,37	4642,44	4642,44	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.	bezpłatny	0 zł
542	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	66960,00	70308,00	70308,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
543	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	80352,00	84369,60	84369,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
544	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	93744,00	98431,20	98431,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
545	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	107136,00	112492,80	112492,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
546	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	31248,00	32810,40	32810,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
547	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	13392,00	14061,60	14061,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
548	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	26784,00	28123,20	28123,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
549	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	40176,00	42184,80	42184,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
550	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	53568,00	56246,40	56246,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
551	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2020-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	108,00	113,40	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
552	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	216,00	226,80	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
553	Sildenafilum	Remidia, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	97,20	102,06	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
554	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	893,52	938,20	63,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
555	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991355715	2021-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	216,00	226,80	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
556	Sildenafilum	Silungo, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991408299	2022-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	432,00	453,60	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
557	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2022-07-01	1 rok 10 miesięcy	1243.0, Siltuksymab	2480,66	2604,69	2604,69	B.131.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
558	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2022-07-01	1 rok 10 miesięcy	1243.0, Siltuksymab	9922,65	10418,78	10418,78	B.131.	bezpłatny	0 zł
559	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211936	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2570,40	2698,92	2698,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
560	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211943	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5140,80	5397,84	5397,84	B.15.	bezpłatny	0 zł
561	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211912	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	642,60	674,73	674,73	B.15.	bezpłatny	0 zł
562	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211929	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1285,20	1349,46	1349,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
563	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	712,80	748,44	748,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
564	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	120 szt.	07613421034931	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	7128,00	7484,40	7484,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
565	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6652,80	6985,44	6985,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
566	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2022-09-01	3 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	38016,00	39916,80	39916,80	B.71.	bezpłatny	0 zł
567	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2021-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, welpataswir, woksylaprewir	52920,00	55566,00	55566,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
568	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4936,80	5183,64	5183,64	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
569	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2180,31	2289,33	2289,33	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
570	Somatropinum	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg/1,5 ml	1 wstrzykiwacz 1,5 ml	05909991414665	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	822,80	863,94	863,94	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
571	Somatropinum	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 5 mg/1,5 ml	1 wstrzykiwacz 1,5 ml	05712249117498	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	411,39	431,96	431,96	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
572	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	3024,00	3175,20	3175,20	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
573	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1512,00	1587,60	1587,60	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
574	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powl., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2268,00	2381,40	2063,88	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
575	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2021-07-01	2 lata	1078.1, Sorafenib - 2	13242,96	13905,11	13905,11	B.119.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
576	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powl., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2022-03-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2116,80	2222,64	2063,88	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
577	Sorafenibum	Sorafenib Pharmascience, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991456849	2022-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1998,00	2097,90	2063,88	<1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.10.	bezpłatny	0 zł
578	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3024,00	3175,20	2063,88	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
579	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991459239	2022-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1965,60	2063,88	2063,88	<1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.10.	bezpłatny	0 zł
580	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3020,76	3171,80	2063,88	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
581	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1627,56	1708,94	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
582	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3255,12	3417,88	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
583	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6510,24	6835,75	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
584	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt. (butelka)	05055565775707	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1745,55	1832,83	1761,75	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
585	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt. (butelka)	05055565775714	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3491,10	3665,66	3523,50	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
586	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt. (butelka)	05055565775721	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6982,20	7331,31	7047,00	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
587	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1566,00	1644,30	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
588	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3132,00	3288,60	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
589	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6264,00	6577,20	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
590	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg	30 kaps.	03838989736668	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1741,50	1828,58	1761,75	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
591	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg	30 kaps.	03838989736675	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3483,00	3657,15	3523,50	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
592	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg	30 kaps.	03838989736682	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6966,00	7314,30	7047,00	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
593	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991469580	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1629,50	1710,98	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
594	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991469597	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3258,36	3421,28	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
595	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991469603	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	4887,54	5131,92	4932,90	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
596	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991469610	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6516,72	6842,56	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
597	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg	28 kaps.	05907626709261	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1629,18	1710,64	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
598	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg	28 kaps.	05907626709278	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3258,36	3421,28	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
599	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg	28 kaps.	05907626709292	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6516,72	6842,56	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
600	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1493,10	1567,76	1567,76	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
601	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2986,20	3135,51	3135,51	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
602	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	4479,30	4703,27	4703,27	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
603	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5972,40	6271,02	6271,02	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
604	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991366520	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1629,18	1710,64	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
605	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991366575	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3258,36	3421,28	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
606	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991366674	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6516,72	6842,56	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
607	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991455262	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1629,18	1710,64	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
608	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991455200	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3258,36	3421,28	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
609	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991455330	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6516,72	6842,56	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
610	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991419301	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1566,00	1644,30	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
611	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991419349	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3132,00	3288,60	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
612	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991419479	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6264,00	6577,20	6577,20	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
613	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909990079377	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	4547,23	4774,59	1644,30	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.53.	bezpłatny	0 zł
614	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909990079384	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	9094,46	9549,18	3288,60	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.53.	bezpłatny	0 zł
615	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	2021-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	18188,93	19098,38	6577,20	B.3.	bezpłatny	0 zł
616	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	6321,27	6637,33	6637,33	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
617	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	18968,32	19916,74	19916,74	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
618	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2020-11-01	3 lata	1150.0, Temsyrolimus	2932,01	3078,61	3078,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
619	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991298708	<1>2021-05-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	275,40	289,17	289,17	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
620	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991330026	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
621	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2020-09-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	178,20	187,11	187,11	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
622	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05902020926801	<1>2022-07-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	491,40	515,97	515,97	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
623	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Polpharma, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991335533	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
624	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2021-05-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2991,60	3141,18	3141,18	B.29.	bezpłatny	0 zł
625	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2021-09-01/<2>2022-05-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1373760,00	1442448,00	1442448,00	<1>B.65.; <2>B.93.	bezpłatny	0 zł
626	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2022-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	6037,20	6339,06	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
627	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2021-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4644,00	4876,20	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
628	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2916,00	3061,80	3061,80	B.27.	bezpłatny	0 zł
629	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2022-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2948,40	3095,82	3095,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
630	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000471007046	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
631	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	05000471007053	2020-09-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
632	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05000471007039	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
633	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
634	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
635	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
636	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2022-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5832,00	6123,60	6123,60	B.55.	bezpłatny	0 zł
637	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2021-09-01/<2><3>2022-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2916,00	3061,80	3061,80	<1>B.33.; <2>B.35; <3>B.55.	bezpłatny	0 zł
638	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	2484,00	2608,20	2608,20	B.126.	bezpłatny	0 zł
639	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	3726,00	3912,30	3912,30	B.126.	bezpłatny	0 zł
640	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	4968,00	5216,40	5216,40	B.126.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
641	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2><5>2022-07-01/<3>2021-09-01/<4>2022-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	603,72	633,91	633,91	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
642	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	2022-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	676,51	710,34	710,34	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
643	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	2022-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	1127,52	1183,90	1183,90	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
644	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	612,37	642,99	642,99	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
645	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	1773,15	1861,81	1861,81	B.8.	bezpłatny	0 zł
646	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	6838,88	7180,82	7180,82	B.8.	bezpłatny	0 zł
647	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	5706,72	5992,06	5992,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
648	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	22826,88	23968,22	23968,22	B.59.	bezpłatny	0 zł
649	Trastuzumabum	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990855919	2021-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2678,40	2812,32	952,22	B.58.	bezpłatny	0 zł
650	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg	1 fiol. po 6 ml	05902768001037	2021-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6925,50	7271,78	2786,98	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
651	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	906,88	952,22	952,22	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
652	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2539,25	2666,21	2666,21	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
653	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2022-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1249,56	1312,04	952,22	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
654	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2020-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3161,16	3319,22	2666,21	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
655	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	2022-09-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	842,40	884,52	884,52	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
656	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2020-11-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3126,60	3282,93	2666,21	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
657	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	2021-01-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	972,00	1020,60	952,22	B.9.FM.; B.58.	bezpłatny	0 zł
658	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2022-03-01	1 rok 8 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	7760,88	8148,92	8148,92	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
659	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2022-03-01	1 rok 8 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	12417,84	13038,73	13038,73	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
660	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4536,00	4762,80	4762,80	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
661	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	11340,00	11907,00	11907,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
662	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	22680,00	23814,00	23814,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
663	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2021-05-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	45360,00	47628,00	47628,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
664	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2408,40	2528,82	2528,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
665	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	24084,00	25288,20	25288,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
666	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	6021,00	6322,05	6322,05	B.31.	bezpłatny	0 zł
667	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	12042,00	12644,10	12644,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
668	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powl., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2021-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	12663,00	13296,15	13296,15	B.123.	bezpłatny	0 zł
669	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2290,66	2405,19	2405,19	B.4.	bezpłatny	0 zł
670	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6871,96	7215,56	7215,56	B.4.	bezpłatny	0 zł
671	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	3054,21	3206,92	3206,92	B.4.	bezpłatny	0 zł
672	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	9162,61	9620,74	9620,74	B.4.	bezpłatny	0 zł
673	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	268,92	282,37	282,37	B.18.	bezpłatny	0 zł
674	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203399	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2505,60	2630,88	2630,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
675	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203405	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3758,40	3946,32	3946,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
676	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203412	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5011,20	5261,76	5261,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
677	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203375	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	626,40	657,72	657,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
678	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203429	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7516,80	7892,64	7892,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
679	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203382	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1252,80	1315,44	1315,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
680	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2021-11-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	13250,52	13913,05	13913,05	B.47.	bezpłatny	0 zł
681	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><2><3>2022-07-01/<4>2022-11-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	3341,52	3508,60	3508,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.124.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
682	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	19032,00	19983,60	19983,60	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
683	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2020-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9967,47	10465,84	6917,40	B.47.	bezpłatny	0 zł
684	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	13176,00	13834,80	13834,80	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
685	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2022-01-01	1 rok	1202.0, Wandetanib	6490,80	6815,34	6225,66	B.108.	bezpłatny	0 zł
686	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2022-01-01	1 rok	1202.0, Wandetanib	17787,60	18676,98	18676,98	B.108.	bezpłatny	0 zł
687	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2022-07-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	3094,20	3248,91	3248,91	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
688	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2022-01-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	6188,40	6497,82	6497,82	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
689	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2022-07-01	3 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4827,60	5068,98	5068,98	B.23.	bezpłatny	0 zł
690	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2022-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	5071,41	5324,98	5324,98	B.59.	bezpłatny	0 zł
691	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	258,26	271,17	271,17	<1>B.103.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
692	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	20660,83	21693,87	21693,87	<1>B.103.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
693	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2582,60	2711,73	2711,73	<1>B.103.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
694	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1291,30	1355,87	1355,87	<1>B.103.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
695	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	645,66	677,94	677,93	<1>B.103.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
696	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2021-03-01	2 lata	1155.0, Wismodegib	17274,60	18138,33	18138,33	B.88.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

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

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

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

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

Załącznik B.3.

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

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

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

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

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

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

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

Załącznik B.4.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab **1.1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),	**1. Cetuksymab** stosowany wg schematu: 1) 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz 250 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych, lub 2) 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych. O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący. Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI lub FOLFOX (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych). Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana w odstępach 14-dniowych.	**1. Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 5) oznaczenie stężenia: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) magnezu – w surowicy; 6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;

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

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

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

12) co najmniej 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę – dotyczy tylko pacjentów, którzy otrzymali oksaliplatynę w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej (dotyczy jedynie skojarzenia cetuksymabu z chemioterapią według schematu FOLFOX);

13) wykluczenie ciąży;

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

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

a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,

b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

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

1.2. Określenie czasu leczenia

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

1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;

2) progresja choroby w trakcie leczenia;

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

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

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

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

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

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

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

10) EKG;

11) inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

2. Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem

1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) oznaczenie stężenia:

a) kreatyniny,

b) bilirubiny

– w surowicy;

4) oznaczenie aktywności:

a) transaminaz (AspAT, AlAT),

– w surowicy;

5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);

3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;
4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;
5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

2. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI

2.1. Kryteria kwalifikowania

1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;
4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;
5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;
6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;
7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;
8) wiek powyżej 18. roku życia;
9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
   a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3,
   b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/mm^3,
   c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;
10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:
   a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),

możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).

Chemioterapia według schematu FOLFOX i FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.

Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych.

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

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

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

6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);
7) badanie ogólne moczu;
8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;
9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;
11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej;
12) EKG;
13) pomiar ciśnienia tętniczego;
14) inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

3. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem:

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) stężenie bilirubiny całkowitej;
3) stężenie kreatyniny;
4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);
5) badanie ogólne moczu;

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

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

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

12) wykluczenie ciąży;

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

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

a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,

b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

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

2.2. Określenie czasu leczenia

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

2.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;

2) progresja choroby w trakcie leczenia;

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

4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;

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

wykluczeniem punktu 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).

3. Aflibercept - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI.

Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.

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

Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii.

4. Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem - zalecana dawka początkowa u dorosłych to 35 mg/m2 pc./dawkę podawana doustnie dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu, podawana tak długo, jak długo obserwuje się korzyści z leczenia lub do momentu wystąpienia niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności.

Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę. Jeśli dawki

6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy.

4. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenie stężenia:

a) kreatyniny,

b) bilirubiny

– w surowicy;

3) oznaczenie stężenia:

a) transaminaz (AspAT, AlAT),

b) fosfatazy alkalicznej,

c) magnezu

– w surowicy;

4) ocena powikłań skórnych;

5) inne badanie w razie wskazań klinicznych.

Jeżeli cetuksymab lub panitumumab stosowany jest łącznie z chemioterapią (pierwsza linia leczenia) to badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia.

3. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX **3.1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX; 12) co najmniej 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę – dotyczy tylko	pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.	Jeżeli panitumumab lub cetuksymab stosowane są w monoterapii (trzecia linia leczenia), to ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed każdym podaniem leku, a pozostałe badania nie rzadziej niż co miesiąc. Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **5. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 3) oznaczenie aktywności: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) fosfatazy alkalicznej – w surowicy; 4) badanie ogólne moczu; 5) pomiar ciśnienia tętniczego; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Morfologię krwi z rozmazem wykonuje się w odstępach 2-tygodniowych lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu leczenia, jeżeli podanie leku było opóźnione. Pozostałe badania wykonuje się w odstępach 4-tygodniowych (co drugi cykl leczenia) lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii,

pacjentów, którzy otrzymali oksaliplatynę w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej; 13) wykluczenie ciąży; 14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu). **3.2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **4. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept** **4.1. Kryteria kwalifikowania**		jeżeli podanie leku było opóźnione lub w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych. **6. Monitorowanie skuteczności leczenia afliberceptem, cetuksymabem lub panitumumabem** 1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia; 2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **7. Monitorowanie leczenia terapią skojarzoną triflurydyną oraz typiracylem** Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem podania leku: 1) morfologia krwi z rozmazem;

1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego; 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych; 3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii; 4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu; 6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności ogólnej: – 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległych lub – 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x 10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofili większa lub równa 1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny w granicach normy;		2) stężenie bilirubiny całkowitej; 3) stężenie kreatyniny; 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) badanie ogólne moczu; Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby. **Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 7 pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **8. 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 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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 7 pkt. 1, nie jest

11) wykluczenie ciąży; 12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego); 13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI; 14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są: a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym), b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze, d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA, e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy, f) żylne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna), g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, j) niegojące się rany, k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, l) białkomocz ≥ 2g/24 godziny oznaczony w dobowej zbiórce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe, m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. **4.2. Określenie czasu leczenia**		wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych. **5. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii**. **5.1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:		

a) liczba płytek krwi większa lub równa 0,75 x 10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1000/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy; 11) wykluczenie ciąży; 12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia). **5.2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **5.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;		

4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **6. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem.** **6.1. Kryteria kwalifikowania** 1) Potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20) 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych; 3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie; 4) wiek ≥ 18 rok życia; 5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1; 6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) udokumentowana nieskuteczność wcześniejszej chemioterapii opartej na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapii z zastosowaniem leków anty-VEGF oraz leków anty-EGFR lub brak możliwości zastosowania wymienionych powyżej metod. **6.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie triflurydyną/typiracylem kontynuuje się do czasu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. **6.3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę/typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;		

2) progresja choroby; 3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności; 4) stan sprawności według WHO 3-4. **7. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		

Załącznik B.5.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami: 1) sorafenib 2) atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem 3) kabozantynib W pierwszej linii leczenia dostępne są dwie terapie: 1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem u dorosłych pacjentów bez przerzutów poza wątrobę i pacjentów z przerzutami pozawątrobowymi albo 2) leczenie sorafenibem u dorosłych pacjentów bez przerzutów poza wątrobę i pacjentów z przerzutami pozawątrobowymi. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie kabozantynibem (po uprzednim nieskutecznym leczeniu inhibitorami kinaz tyrozynowych lub immunoterapią w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym lub jego nietolerancją pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii).	Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż: 1) 6 tygodni w przypadku leczenia sorafenibem lub atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 2) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem. Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 6 tygodni dla sorafenibu oraz atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem i 8 tygodni dla kabozantynibu pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. **1. Leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem)**	**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) oznaczenie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HCV w surowicy - dotyczy terapii sorafenibem; 6) oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HBc total. W przypadku obu pozytywnych wyników konieczna jest konsultacja u lekarza posiadającego dostęp do programu leczenia przeciwwirusowego - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 7) oznaczenie T3, T4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 8) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia

Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje: **1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem)** **albo** **2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).** **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy ≥ 1 cm możliwe jest odstąpienie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 3) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego - dotyczy leczenia sorafenibem lub atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 4) stan sprawności 0-1 według Zubroda-WHO lub ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;	Dawka dobowa **sorafenibu**: 800 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia. W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia tych objawów oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg raz dziennie). Jeżeli pomimo zmniejszenia dawki sorafenibu do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia. Dobowa dawka **kabozantynibu**: 60 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia. **2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem)** Dawka **atezolizumabu**: 1200 mg Dawka **bewacyzumabu**: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie.	w programie lekowym – dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 9) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 10) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy 11) EKG; 12) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) pomiar ciśnienia tętniczego; 14) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Leczenia raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem)** 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,

7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego; 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 u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję; 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu**	Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego **3 tygodnie**. Nie ma możliwości modyfikacji dawek. W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii	c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych, e) EKG, f) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa odpowiedniej lokalizacji lub inne badanie obrazowe, d) EKG. **2.2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).** 1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej, c) oznaczenie glukozy, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne badania- w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,

1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE; 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.); 5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią – 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.		b) badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) odpowiednich obszarów umożliwiające ocenę odpowiedzi, c) oznaczenie T3, T4 i TSH, d) inne badania – w razie wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w 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.6.

LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO LUB DROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)

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

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

całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu płuca) – ozymertynib (mutacja w genie EGFR) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem, dakomitynibem lub gefitynibem stosowanego z powodu zaawansowanego nowotworu) - ozymertynib (mutacja T790M w genie EGFR)** 2.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, lub c) raka niedrobnokomórkowego NOS; 2.2. W przypadku kwalifikacji do: a) pierwszej linii leczenia - obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu, b) drugiej linii leczenia - obecność mutacji T790M w genie EGFR potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 2.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);		W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii: Punkty a-h co 6-12 tygodni. W przypadku durwalumabu: Punkty g-h co 12 tygodni. W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapia: • Punkty a-f przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) • Punkty g-h w odstępach 6-12 tygodniowych W przypadku atezolizumabu w terapii niedrobnokórkowego raka płuca wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych. W fazie indukcji (podawanie atezolizumabu w skojarzeniu z karboplatyną i etopozydem w terapii drobnokomórkowego raka płuc) - wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane przed każdym cyklem. W fazie leczenia podtrzymującego atezolizumabem w monoterapii w terapii drobnokomórkowego raka płuca – wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych. Badania czynnościowe tarczycy powinny być wykonywane co 12 tygodni. W przypadku niwolumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia

2.4. Progresja po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu, gefitynibu lub dakomitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie EGFR – dotyczy stosowania ozymertynibu w drugiej linii leczenia; 2.5. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 2.6. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu. U chorych z planowanym leczeniem dakomitynibem nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym; 2.7. Wiek powyżej 18. roku życia; 2.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 2.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiąższowa choroba płuc, wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc, wydłużenie odstępu QTc w połączeniu z którymkolwiek z następujących zaburzeń: torsade de pointes, polimorficzny częstoskurcz komorowy, objawy ciężkich zaburzeń rytmu serca); 2.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 2.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;		skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni). W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel. W przypadku alektynibu albo brygatynibu oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej powinno być wykonywane co 2 tygodnie w ciągu pierwszego miesiąca a następnie w razie wskazań klinicznych. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** a) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; b) Inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonywane są co 3 miesiące. W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle. W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania

2.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 2.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 2.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 2.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pacjentów z rearanżacją w genie ALK przy wykorzystaniu substancji czynnej:** a) **kryzotynib (rearanżacja genów ALK lub ROS1) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w drugiej lub trzeciej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu lub chemioterapii jednolekowej stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),** b) **alektynib (rearanżacja genów ALK) albo cerytynib (rearanżacja genów ALK) albo brygatynib (rearanżacja genów ALK) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK,** c) **lorlatynib (rearanżacja genów ALK) w leczeniu pacjentów z progresją po zastosowaniu inhibitorów ALK drugiej generacji u chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia**		badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni). W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią wymienione badania wykonywane są co 9 -12 tygodni. W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 11. pkt. 11.1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **4. Monitorowanie programu** a) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); b) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych - SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

lokoregionalnego) lub uogólnionego raka niedrobnokomórkowego płuca. 3.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą utkania gruczolakoraka (w przypadku alektynibu albo lorlatynibu dodatkowo dopuszcza się rozpoznanie raka wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca bez ustalonego typu histologicznego NOS); 3.2. Obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie badania immunohistochemicznego (IHC) lub fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (ang. fluorescencje in situ hybridisation - FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu lub obecność rearanżacji w genie ROS-1 na podstawie badania metodą fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV) lub progresja po zastosowaniu chemioterapii lub/i jednego z leków anty-ALK u chorych na niedrobnokomórkowego raka w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia; 3.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 3.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu (w przypadku alektynibu, cerytynibu albo brygatynibu nieobecność		c) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ); d) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 11. pkt. 11.1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu); 3.6. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 3.7. Wiek powyżej 18 roku życia; 3.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia); 3.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 3.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 3.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu lub alektynibu lub cerytynibu lub brygatynibu lub lorlatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

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

ii. w raku płaskonabłonkowym - w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie) a następnie pembrolizumab w leczeniu podtrzymującym; 4.4. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 4.5. Zaawansowanie kliniczne w stopniu IV; 4.6. Obecność zmian możliwych do oceny w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1; 4.7. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 4.8. Wiek powyżej 18. roku życia; 4.9. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4.10. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 4.11. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 4.12. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu i pochodnych platyny; 4.13. Czynność nerek umożliwiająca leczenie:		

a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy dla monoterapii pembrolizumabem; b) klirens kreatyniny powyżej lub równy 45 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca karboplatynę; c) klirens kreatyniny powyżej lub równy 60 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca cisplatynę i pemetreksed; 4.14. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 4.15. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich Charakterystykach Produktu Leczniczego; 4.16. Wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie; 4.17. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym; Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **5. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem niwolumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1) oraz atezolizumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1)** 5.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym;		

5.2. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 5.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 5.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 5.6. Wiek powyżej 18. roku życia; 5.7. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5.8. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 5.9. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie wyłącznej suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 5.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 5.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,		

b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 5.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 5.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 5.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **6. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem nintedanibu** 6.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka; 6.2. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 6.3. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6.4. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania		

dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 6.5. Wiek powyżej 18. roku życia; 6.6. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 6.8. Wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej; 6.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 6.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 6.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu; 6.13. Wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych; 6.14. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek - utrata włosów); 6.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.		

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

7.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 7.14. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym); Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **8. Kryteria kwalifikowania chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatyną oraz etopozydem w fazie indukcji)** 8.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca; 8.2. Zaawansowanie kliniczne: stadium choroby rozległej wg klasyfikacji VA SLG (ang. extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC); 8.3. Obecność zmian możliwych do oceny odpowiedzi obiektywnej w badaniach obrazowych wg aktualnych kryteriów RECIST; 8.4. Nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym; 8.5. Wiek ≥ 18. roku życia; 8.6. Stopień sprawności 0-1 według kryteriów WHO/ECOG; 8.7. Brak współwystępujących chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą odpowiedniego leczenia; 8.8. Nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego; 8.9. Czynność nerek umożliwiająca leczenie: (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 8.10. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy);		

b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 3-krotnie górnej granicy normy a w przypadku przerzutów do wątroby 5-krotnie górnej granicy normy; 8.11. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu, określonych w charakterystyce produktu leczniczego; 8.12. Niewystępowanie innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym; 8.13. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **9. Określenie czasu leczenia w programie** 9.1. **Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (afatynib, dakomitynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, alektynib, cerytynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 9.1.1., 9.1.2., 9.1.3. oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10. 9.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR (w ramach pierwszej linii (afatynib, dakomitynib, ozymetrynib) lub drugiej linii leczenia (ozymetrynib)) lub anty-ROS1 lub anty-ALK (w ramach pierwszej, drugiej lub trzeciej linii leczenia) lub inhibitorów angiogenezy jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych; 9.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;		

b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni) lub w przypadku stosowania nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni); 9.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych); b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku pojawienia się przynajmniej jednej – nowej – zmiany w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią. Wówczas – w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN – zaleca się przerwanie leczenia systemowego); 9.2. **Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab) lub PDL1 (atezolizumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 9.2.1., 9.2.2., 9.2.3 oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10. 9.2.1. Stosowanie pembrolizumabu w monoterapii lub pembrolizumabu w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodnymi platyny lub pembrolizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną (I linia leczenia), niwolumabu (II linia leczenia) lub atezolizumabu (II linia leczenia w terapii niedrobnokórkowego raka		

płuc lub I linia leczenia w terapii drobnokomórkowego raka płuc) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby wg. kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03 lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. Podczas stosowania w/w leków możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia: a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym; b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym; c) aktywności transaminaz większej niż 3-krotna i mniejszej niż 5-krotna wartość górnej granicy normy lub stężenia bilirubiny całkowitej większej niż 1,5-krotna i mniejszej niż 3-krotna wartość górnej granicy normy; d) stężenia kreatyniny większego niż 1,5-krotna i mniejszego niż 6-krotna wartość górnej granicy normy lub zwiększenia powyżej 1,5-krotności wartości stwierdzonej przed leczeniem; e) innych niepożądanych działań w stopniu 3. lub większym; 9.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (w przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle)(ważność badania - 14 dni); 9.2.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych); b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i		

inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia). 9.3. **Inhibitor PDL1 (durwalumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami określonymi w punktach 9.3.1., 9.3.2 i 9.3.3 oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10. 9.3.1. Stosowanie durwalumabu jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w sekcji 4.2 Charakterystyki Produktu Leczniczego. 9.3.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii; b) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni). 9.3.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza. **10. Kryteria wyłączenia z programu** 10.1. Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1. (wyjątek stanowi pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany w obrębie OUN kiedy to dopuszcza się kontynuowanie leczenia inhibitorami EGFR w skojarzeniu z leczeniem miejscowym (radioterapia, chirurgia)– punkt numer 9.1.3 pkt b):		

a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20%, lub b) wyraźne powiększenia się istniejących zmian niemierzalnych, lub c) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany z wyjątkiem chorych z progresją w obrębie OUN leczonych kryzotynibem albo alektynibem albo cerytynibem albo brygatynibem albo lorlatynibem, u których dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią OUN (wówczas w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN konieczność przerwania leczenia kryzotynibem lub alektynibem lub cerytynibem lub brygatynibem lub lorlatynibem); 10.2. Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 10.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (ang. common terminology criteria for adverse events - version 4.03.); 10.4. Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.); 10.5. Wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 10.6. Wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 9.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1; 10.7. Obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 10.8. Przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia; 10.9. Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 10.10. Wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);		

10.11. Po upływie 12 miesięcznego okresu leczenia (maksymalnie 26 podań leku) - dotyczy stosowania durwalumabu. **11. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 11.1. Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 11.2. Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 11.1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 11.3. Pacjenci, o których mowa w pkt. 11.1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. 11.4. Pacjenci, o których mowa w pkt. 11.1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. **12. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii** 12.1. Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych afatynibem, ozymertynibem, kryzotynibem, alektynibem, brygatynibem, pembrolizumabem, niwolumabem, atezolizumabem, nintedanibem, durwalumabem, dakomitynibem lub lorlatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 10., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 9. 12.2. Do programu włącza się pacjentów leczonych przed 1.01.2021 r. ozymertynibem lub pembrolizumabem, lub durwalumabem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), o ile nie zachodzą przeciwwskazania do kontynuowania terapii.		

Załącznik B.8.

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

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

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

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

1.3. Określenie czasu leczenia w programie
Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 1.4.

1.4. Kryteria wyłączenia z programu:
1) progresja choroby - oceniania zgodnie z kryteriami RECIST;
2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO 5-nukleotydazy lub GGT);
5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;
6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;
7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
8) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 µmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;
9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.

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

2. Dawkowanie pazopanibu

1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,
   c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,
   d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
   f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
   g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),
   h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,
   i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.

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

2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem

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

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

2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem

2.1. Kryteria kwalifikacji:

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

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

3. Dawkowanie sunitynibu

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

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

2.2. Monitorowanie leczenia:

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

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

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

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

3) badania obrazowe

Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie

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

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

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

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

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

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 3 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) **trastuzumab;** 2) **pertuzumab;** 3) **trastuzumab emtanzyna;** 4) **lapatynib.** W **leczeniu przedoperacyjnym** stosowany jest: - **trastuzumab** lub **trastuzumab** z **pertuzumabem** W **leczeniu uzupełniającym** stosowany jest: **trastuzumab** oraz **trastuzumab emtanzyna**. W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyna. W **leczeniu przerzutowego raka piersi** stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach **2.1.1.-2.1.4.:** 1) **pertuzumab** łącznie z **trastuzumabem** i **docetakselem** w pierwszej linii leczenia, a jeśli wcześniej była stosowana terapia przedoperacyjna trastuzumabem +/- pertuzumabem lub	**1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka **trastuzumabu podskórnego**: 600 mg (w każdym cyklu). Dawka nasycająca **pertuzumabu**: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **pertuzumabu**: 420mg (kolejne cykle leczenia).	**1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** **1.1. Wykaz badań parzy 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 – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej), j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w

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 u 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 emtazyna** i **lapatynib** z **kapecytabiną** w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy; dopuszczalne jest kwalifikowanie chorych z nawrotem podczas uzupełniającego leczenia trastuzumabem do stosowania trastuzumabu emtazyny i lapatynibu z kapecytabiną w pierwszej i kolejnych liniach leczenia przerzutowego nowotworu. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego HER-2 ujemnego raka piersi substancjami: 1) **palbocyklibem;** 2) **rybocyklibem;** 3) **abemacyklibem;** 4) **alpelisybem;** 5) **talazoparybem.** W **leczeniu przerzutowego raka piersi** stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach **2.2.1.-2.2.4.:**	Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu W programie lekowym **trastuzumab** podaje się: 1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z **antracyklinami**; 2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem; 3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem **docetakselu** i **karboplatyny**; 4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem **paklitakselu** w monoterapii; 5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej; 6) w skojarzeniu z **pertuzumabem** i **chemioterapią** przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej. **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	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. **1.2. 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 nie rzadziej niż co 6 tygodni:** a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem). Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.

1) **inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib)** w skojarzeniu **z inhibitorem aromatazy** w pierwszej lub drugiej linii leczenia.
2) **inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo rybocyklib)** w skojarzeniu z **fulwestrantem** w pierwszej linii leczenia oraz **(abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib)** w drugiej linii leczenia.
3) **alpelisyb** w skojarzeniu z **fulwestrantem** w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy.
4) **talazoparyb** w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołooperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej).

W programie finansuje się do 3 linii przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi substancjami:

1) **talazoparybem;**
2) **sacytuzumabem gowitekan.**

W **leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach **3.1.1.-3.1.2.:**

1) **talazoparyb** w monoterapii w pierwszej lub drugiej linii leczenia pacjentów z potrójnie ujemnym rakiem piersi z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3

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

W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.

Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to:

a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

albo

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.

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.

Dotyczy wyłącznie leczenia okołooperacyjnego trastuzumabem oraz trastuzumabem emtanzyną.

4) **Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:**

a) ECHO,

b) EKG.

Dotyczy wyłącznie leczenia przedoperacyjnego pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią.

2. Leczenie przerzutowego raka piersi

2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

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

b) badanie mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu,

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

d) morfologia krwi z rozmazem,

e) stężenie kreatyniny,

f) aktywność AlAT,

g) aktywność AspAT,

chemioterapii okołooperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). 2) **sacytuzumab gowitekan** w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia pacjentów z nieresekcyjnym lub przerzutowym potrójnie ujemnym rakiem piersi, którzy wcześniej otrzymali co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym co najmniej jedną w zaawansowanej chorobie. **1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:** **1.1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią.** albo **1.2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią** albo **1.3. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią** albo **1.4. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną** **Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** 1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania:	W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu. Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem Łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie). **Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2- dodatniego raka piersi):** a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby albo c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane 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	h) stężenie bilirubiny, i) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu, j) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu, k) 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, l) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, m) 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, n) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), o) EKG, p) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2,; q) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH, r) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). **2.2. Monitorowanie leczenia**

a) **w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem**: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, albo b) **w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią**: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego albo c) **w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:** – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub	podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny). **2. Leczenie przerzutowego raka piersi** **2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego** Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka **trastuzumabu podskórnego**: 600 mg (w każdym cyklu). W terapii przerzutowego raka piersi **trastuzumab** podaje się: a) w skojarzeniu z **chemioterapią** lub **inhibitorem aromatazy** lub b) w **monoterapii** lub	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, g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu, h) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych). Badania wykonuje się: – przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące - w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy; – przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną; – dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem; – co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, następnie na początku każdego z 4 kolejnych cykli i następnie w zależności od wskazań klinicznych – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6;

pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią), lub – średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego, albo d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem; albo e) **w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną:** – pierwotny stopień zaawansowania I-III; oraz – zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2 oraz – potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy; 4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na: a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii lub	c) w skojarzeniu z **pertuzumabem** i **docetakselem** Dawka nasycająca **pertuzumabu**: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca **pertuzumabu**: 420mg (kolejne cykle leczenia). Dawka **docetakselu**: 75-100mg/m2 (w każdym cyklu) W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. Zalecana maksymalna dobowa dawka **lapatynibu**: 1250mg / dobę (codziennie) Zalecana maksymalna dobowa dawka **kapecytabiny** w skojarzeniu z **lapatynibem**: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki	– badania oznaczone w ppkt a)-f) co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych miesięcy leczenia, badanie oznaczone w ppkt g) co miesiąc w trakcie 2 pierwszych miesięcy, a następnie badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem; – morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem. 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 oraz talazoparybu:** a) EKG, b) ECHO, c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych. 3) **Badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):** a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie),

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 schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;

7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;

8) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;

9) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21-dniowych.

Dawka **trastuzumabu emtanzyny**: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie)

Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji.

2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego

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

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

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

Zalecana maksymalna dobowa dawka **alpelisybu**: 300 mg / dobę (codziennie).

Zalecana maksymalna dobowa dawka **talazoparybu**: 1 mg / dobę (codziennie).

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

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

d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu

e) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6,

f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).

3. Leczenie potrójnie ujemnego raka piersi

3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

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

b) badanie mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu,

c) morfologia krwi z rozmazem,

d) stężenie kreatyniny,

e) aktywność AlAT,

f) aktywność AspAT,

g) stężenie bilirubiny,

h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni – w przypadku talazoparybu) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,

i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni –

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

2. Leczenie przerzutowego raka piersi

2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:

2.1.1. Leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi)

albo

2.1.2. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi)

albo

2.1.3. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)

albo

2.1.4. Leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)

Kryteria kwalifikacji przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego

1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:

a) uogólniony (IV stopień zaawansowania)

lub

b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);

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.

Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji.

2.3. 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. 4.

3. Leczenie potrójnie ujemnego raka piersi

3.1. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi

Zalecana maksymalna dobowa dawka **talazoparybu:** 1 mg / dobę (codziennie).

Zalecana maksymalna dawka **sacytuzumabu gowitekanu:** 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).

w przypadku talazoparybu, w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,

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

k) EKG,

l) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG,

m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne),

n) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

3.2. Monitorowanie leczenia

1) **Badania laboratoryjne**

a) morfologia krwi z rozmazem;

b) stężenie kreatyniny;

c) aktywność AlAT;

d) aktywności AspAT;

e) stężenie bilirubiny;

Badania wykonuje się:

– morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem

– przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan.

2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) obecność zmian chorobowych umożliwiających ocenę odpowiedzi według systemu RECIST 1.1; 4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi; 7) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 8) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji **3.2. 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. 4.	2) **Badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):** a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie), d) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu); Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem; – nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia – w przypadku sacytuzumabem gowitekanem; W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje: **2.2.1.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.2.2.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi - tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.2.3.** Leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2 ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.2.4.** Leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem) chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi) W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6. **Kryteria kwalifikacji przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj. a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)		**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) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii: a) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 11,8 miesiąca**, b) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 4,8 miesiąca,** c) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych z **na oczekiwanym poziomie 31%;** 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu; 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej) – tylko w przypadku talazoparybu; 7) obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1; 8) stan: a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): – stan po obustronnym usunięciu jajników, – brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), – brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego. W takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH); Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

inhibitorów CDK4/6; 9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): a) stan po obustronnym usunięciu jajników, b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, lub mężczyźni; Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu; 10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi; 12) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów miąższowych w następstwie masywnych przerzutów); dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające: a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy albo		

b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 13) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem: a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi - dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem lub b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy lub c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu. Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 14) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 16) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby		

zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 17) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. **3. Leczenie potrójnie ujemnego raka piersi** **3.1. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** **3.1.1.** Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (I lub II linia leczenia TNBC), albo		

3.1.2. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III linia leczenia TNBC). **Kryteria kwalifikacji przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj. a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi; 4) udokumentowany brak ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (dziedzicznej) – tylko w przypadku talazoparybu; 7) obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1; 8) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 9) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;		

10) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi; 12) brak przeciwwskazań do zastosowania leku; 13) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 15) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii,		

pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby nowotworowej; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE; 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według aktualnych kryteriów CTC-AE); 5) obniżenie sprawności: a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi, b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego raka piersi; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i		

uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku.		

Załącznik B.10.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych- w przypadku *kabozantynibu, pazopanibu, sorafenibu, sunitynibu,* b) raka nerkowokomórkowego z komponentą raka jasnokomórkowego lub sarkomatyczną- w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem,* c) raka nerkowokomórkowego- w przypadku *temsyrolimusu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym; 3) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 4) zmiany możliwe do obiektywnej oceny (wg aktualnej wersji RECIST) w badaniach obrazowych metodą komputerowej	Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** w połączeniu z ***ipilimumabem, pazopanibem, sorafenibem, sunitynibem, temsyrolimusem*** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenie raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy *kabozantynibu, niwolumabu*); 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH); 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 11) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 12) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla *niwolumabu, temsyrolimusu*;

tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 5) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *pazopanibem, sorafenibem, sunitynibem*** 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki z wykorzystaniem inhibitorów kinaz - możliwe uprzednie leczenie cytokinami w przypadku *pazopanibu*. W przypadku *sorafenibu* udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami; 2) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 3) korzystne lub pośrednie rokowanie wg skali International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).		13) oznaczenie poziomu cholesterolu oraz trójglicerydów- dla *temsyrolimusu*; 14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla *niwolumabu*; 15) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla *niwolumabu*; 16) oznaczenie stężenia glukozy – dla *ipilimumabu* oraz *temsyrolimusu*; 17) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 18) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 19) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 20) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 21) 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 przerzutów); 22) elektrokardiogram (EKG); 23) pomiar ciśnienia tętniczego; 24) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

1.2.2. *kabozantynibem* 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki z wykorzystaniem inhibitorów kinaz; 2) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego; 3) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC. **1.2.3. *temsyrolimusem*** 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki; 2) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky'ego; 3) niekorzystne rokowanie według skali IMDC. **1.2.4. *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem*** 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki; 2) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego; 3) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC; 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 5) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby; 6) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii *niwolumabem* lub *niwolumabem* z *ipilimumabem*; 7) nieobecność innych aktywnych schorzeń, które w opinii lekarza mogłyby maskować działania niepożądane		5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla *temsyrolimusu;* 9) elektrokardiogram (EKG) dla *kabozantynibu, niwolumabu, niwolumabu i ipilimumabu*. Badania wykonuje się: 1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia *sunitynibem*; 2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia *sorafenibem, temsyrolimusem, kabozantynibem*; 3) co 3 tygodnie – w fazie leczenia skojarzonego *ipilimumabem z niwolumabem* oraz co 4 tygodnie – w fazie monoterapii *niwolumabem;* 4) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia *pazopanibem*; 5) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia *pazopanibem* dla oznaczeń określonych w punktach 4, 5, 6. **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; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być

niwolumabu i *ipilimumabu*, jak np. przewlekła biegunka lub ostre zapalenie uchyłków; 8) brak przebytych poważnych zabiegów operacyjnych w okresie do 28 dni przed włączeniem leczenia; 9) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 10) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS; 11) wiek powyżej 18 roku życia; 12) 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 w trakcie stosowania leku według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku *niwolumabu, ipilimumabu*- z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤5, włączając w to progresje w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi		wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 2) nadania wykonuje się co 6-12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem*; 3) przed zakończeniem: a) co drugiego kursu leczenia – w przypadku *sunitynibu*, b) co trzeciego kursu leczenia – w przypadku pazopanibu; 4) 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 (klasyfikacja RECIST w wersji odpowiedniej dla rodzaju zastosowanego leczenia) lub CHOI. 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 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

korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 4) ciąża lub karmienie piersią; 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 5 miesięcy po jego zakończeniu – w przypadku immunoterapii z zastosowaniem *ipilimumabu*; 6) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności uniemożliwiające kontynuację leczenia; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 9) w przypadku nietolerancji leczenia inhibitorem kinaz tyrozynowych (*pazopanib/sunitynib/sorafenib*) możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z tej samej grupy, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę; 10) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**		papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. **5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
II LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:	Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych- w przypadku *aksytynibu*, *ewerolimusu*, *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentą raka jasnokomórkowego lub sarkomatyczną- w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym; 3) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 4) zmiany możliwe do obiektywnej oceny (wg aktualnej wersji RECIST) w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 5) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**		5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy *kabozantynibu*, *niwolumabu*); 8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH)- nie dotyczy *ewerolimusu*); 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie białka w moczu – dla *aksytynibu* i *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla *niwolumabu*; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla *niwolumabu*; 13) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla *niwolumabu*; 14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 16) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 17) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 18) 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 przerzutów); 19) elektrokardiogram (EKG); 20) pomiar ciśnienia tętniczego; 21) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1.2.1. *aksytynibem* 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin; 2) brak wcześniejszego leczenia *aksytynibem*; 3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 4) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. **1.2.2. *ewerolimusem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (kontynuacja terapii *ewerolimusem*) lub wielokinazowych inhibitorów i inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin; 2) brak wcześniejszego leczenia *ewerolimusem*; 3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 4) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych; 5) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 6) prawidłowe stężenie glukozy we krwi; 7) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 zgodnie z informacjami zawartymi w ChPL.		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie białka w moczu – dla *aksytynibu*, *kabozantynibu*; 8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla *ewerolimusu*; 9) elektrokardiogram (EKG) dla *kabozantynibu*, *niwolumabu*. Badania wykonuje się co 4 tygodnie - w przypadku leczenia *aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem.* **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; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 2) przed zakończeniem co trzeciego kursu leczenia – w przypadku *aksytynibu* i *ewerolimusu*;

1.2.3. *kabozantynibem* 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem*; 3) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego; 4) Nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 5) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie. **1.2.4. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (*sunitynib, pazopanib, kabozantynib*); 2) brak wcześniejszego leczenia *niwolumabem*; 3) stan sprawności 70 – 100 wg skali Karnofsky'ego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 5) nieobecność chorób, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii *niwolumabem;* 6) niestosowanie systemowe leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub		3) 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 (klasyfikacja RECIST w wersji odpowiedniej dla rodzaju zastosowanego leczenia) lub CHOI. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, 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 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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 7) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 8) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS; 9) wiek powyżej 18 roku życia; 10) 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 w trakcie stosowania leku według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku *niwolumabu*, z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤5, włączając w to progresje w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;		

3) ciąża i karmienie piersią; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych lub zalecaniami Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności uniemożliwiające kontynuowanie leczenia; 7) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia- w przypadku *everolimusu*. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		

5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
III LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *ewerolimusu, kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentą raka jasnokomórkowego lub komponentą sarkomatyczną – w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym; 3) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 4) zmiany możliwe do obiektywnej oceny (wg aktualnej wersji RECIST) w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z	Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy *kabozantynibu*); 8) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla *niwolumabu*; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy *ewerolimusu*); 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 11) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) - dla *niwolumabu*; 13) oznaczenie przeciwciał anty HCV- dla *niwolumabu*;

zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR; 5) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze leczenie neurochirurgiczne lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia** **1.2.1. *ewerolimusem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem *kabozantynibu* lub *niwolumabu* z *ipilimumabem* w 1. linii leczenia oraz *niwolumabu/aksytynibu/kabozantynibu* w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego stosowania *ewerolimusu*; 3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 4) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych; 5) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;		14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 16) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 17) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 18) 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 przerzutów); 19) elektrokardiogram (EKG); 20) pomiar ciśnienia tętniczego; 21) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla *ewerolimusu*; 9) elektrokardiogram (EKG) - dla *kabozantynibu i niwolumabu*.

6) prawidłowe stężenie glukozy we krwi; 7) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 zgodnie z informacjami zawartymi w ChPL. **1.2.2. *kabozantynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem terapii celowanej na czynnik wzrostu śródbłonka naczyniowego (VEGF) w 1. linii leczenia oraz *niwolumabem* w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem;* 3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 4) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 5) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie. **1.2.3. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem terapii celowanej na czynnik wzrostu śródbłonka naczyniowego (VEGF) w 1. i 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia *niwolumabem*; 3) stan sprawności 80 – 100 wg skali Karnofsky'ego; 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;		Badania wykonuje się co 4 tygodnie - w przypadku leczenia, *ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem.* **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; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 2) przed zakończeniem co trzeciego kursu leczenia – w przypadku *ewerolimusu*; 3) 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 (klasyfikacja RECIST w wersji odpowiedniej dla rodzaju zastosowanego leczenia) lub CHOI. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów**.**

5) nieobecność chorób, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwskazanie do terapii niwolumabem; 6) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 7) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 8) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS; 9) wiek powyżej 18 roku życia; 10) 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 w trakcie stosowania leku (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤5, włączając w to progresje w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu		**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 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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych lub zalecaniami Towarzystw Onkologicznych; 5) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 6) klinicznie istotne pogorszenie stanu ogólnej sprawności; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia- w przypadku *ewerolimus*; 9) ciąża i karmienie piersią. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;		

3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. **5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		

Załącznik B.12.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD - 10 C82.0; C82.1; C82.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Część I: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – pierwsza linia.		
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia kwalifikowani są wcześniej nieleczeni pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: 1) wiek ≥18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany chłoniak grudkowy (stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor); 3) stan ogólny według WHO 0 – 2. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) czynne zakażenie HBV lub HCV; 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium; 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium; 4) niewydolność krążenia wg skali NYHA > II; 5) niewydolność wieńcowa wg skali CSS > II;	**1. Dawkowanie** **1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego wymagający leczenia – leczenie indukcyjne** *Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z chemioterapią - CHOP, CVP lub Bendamustyna)* *Cykl 1* Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1 dniu ((dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia. *Cykle 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)* Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 cykli.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT, i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej w tym ocena obecności antygenu CD20; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.

6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6-8 cykli w zależności od zastosowanej chemioterapii, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.); 2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia, związanych z leczeniem obinutuzumabem; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 5) czynne zakażenie HBV lub HCV; 6) ciąża.	**2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego – leczenie podtrzymujące** Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.	**2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 3) stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu); 5) aktywność AST, ALT; 6) stężenie bilirubiny w surowicy krwi. Badanie przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia) 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). **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 (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.
Część II: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – oporność lub progresja		
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: 1) wiek ≥18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego; 3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczeniu rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab; 4) stan ogólny według WHO 0 – 2. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) czynne zakażenie HBV lub HCV; 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy; 4) niewydolność krążenia wg NYHA >II; 5) niewydolność wieńcowa wg CCS > II; 6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża.	**1. Dawkowanie** **1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie indukcyjne** *Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z bendamustyną)* *Cykl 1* Obinutuzumab podaje się w skojarzeniu z bendamustyną w zalecanej dawce 1000mg w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. *Cykle 2-6* Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Bendamustynę w dawce 90 mg/m^2 podaje się dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia (*cykle 1-6*). Dopuszcza się redukcję dawki zgodnie z zapisem w ChPL. **2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie podtrzymujące** Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb; a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji. **2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie kwasu moczowego; 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);

3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6 cykli, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.); 2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia; 3) progresja choroby w trakcie leczenia oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 4) potwierdzone rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii; 5) czynne zakażenie HBV lub HCV; 6) ciąża.		5) aktywność AST, ALT; 6) stężenie bilirubiny. Badania przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia): 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). **2. 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.14.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu; 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem	**1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem** Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zalecana dawka początkowa dazatynibu w zaawansowanych fazach choroby wynosi 140 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zaawansowane fazy PBSz obejmują fazę akceleracji, fazę przełomu blastycznego, który może być mieloblastyczny lub limfoblastyczny. Podobnie jest traktowana ostra białaczka limfoblastyczna z chromosomem filadelfijskim (Ph+ALL). W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania dazatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.**	**1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie). **1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem** Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina. Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej

6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib lub bosutynib.

W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.

1.2. Kryteria wyłączenia

1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib;
2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);
3) stan sprawności 3-4 według WHO;
4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:
   – brak remisji hematologicznej,
   – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);
5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;
6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.
8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu.

1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie

Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało

Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania nilotynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.

Zaleca się podawanie dawki 500 mg bosutynibu raz na dobę. Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjentów, u których nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:

– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;
– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania bosutynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki zgodnie z zapisami zawartymi w ChPL leku Bosulif.

4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem

Rozpoczęcie leczenia dawką 45 mg raz na dobę doustnie zaleca się u chorych z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją

– CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

2. Leczzenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem

2.1. Badania przy kwalifikacji

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina,
e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,
f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),
g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),

2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina.

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia

to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku. **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem. W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib;	PBSz do fazy akceleracji lub kryzy blastycznej. Rozpoczęcie leczenia dawką 30 mg raz na dobę lub 15 mg raz na dobę zaleca się u chorych nietolerujących uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzkiem powikłań w układzie sercowo – naczyniowym. U świadczeniobiorców, którzy osiągnęli przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% [IS]* (MR1) można zredukować dawkę ponatynibu do 30 mg lub 15 mg/d w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia. W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania ponatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	U spełniających kryteria pacjentów, u których odstawiono leczenie nilotynibem konieczne jest monitorowanie: a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia nilotynibu, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 12 tygodni. Po ponownym włączeniu leczenia u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia nilotynibem konieczne jest monitorowanie: a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego* **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem** **2.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie) f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie) g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,

2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);
3) stan sprawności 3-4 według WHO;
4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:
   – brak remisji hematologicznej,
   – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);
5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;
6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.

2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie

Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.

Można rozważyć odstawienie leczenia u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) podczas leczenia nilotynibem, po wcześniejszym leczeniu imatynibem (pkt. 2.4).

2.4. Kryteria odstawienia leczenia nilotynibem u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) oraz warunki wznowienia leczenia

Można rozważyć zakończenie leczenia u pacjentów z PBSz w fazie przewlekłej z chromosomem Philadelphia (Ph+) spełniających łącznie poniższe kryteria:

2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina.

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL <1% [IS]*(MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni *

3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

3.1. Badania przy kwalifikacji

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina, lipaza, trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL
e) badanie cytogenetyczne szpiku lub ilościowe badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,
f) badanie mutacji domeny kinazy ABL
g) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),
h) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),

3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

1) w pierwszej linii leczenia stosowano imatynib 2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata, 3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia. Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL >0,1% [IS]* powinni wznowić leczenie nilotynibem w ciągu 4 tygodni od stwierdzenia utraty MMR. W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia nilotynibem. **3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR^1) w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*(MR^2) po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* (MR^3) f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których podczas leczenia nilotynibem lub dazatynibem, wystąpiła		a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, lipaza, e) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne : co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR (BCR-ABL <1% [IS]*(MR^2)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.* **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

nietolerancja na nilotynib lub dazatynib lub nieodpowiadający na leczenie nilotynibem lub dazatynibem (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group), 6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali bosutynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib -lub dazatynib (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group). W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib, nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **3.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib; 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku: – brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %); 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]* (MR^2) 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) **3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie** Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli		

nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki. W przypadku nietolerancji nilotynibu lub dazatynibu stosowanych w drugiej lub trzeciej linii leczenia można zastosować bosutynib jako kolejny inhibitor. W przypadku nietolerancji możliwe jest więc zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji. **4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem** **4.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których występuje oporność na imatynib związana z wykrytą mutacją T315I lub oporność albo nietolerancja leczenia innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej lub gdy zastosowanie innego niż ponatynib inhibitora kinazy tyrozynowej objętego refundacją w tych wskazaniach nie jest właściwe z powodów klinicznych. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na ponatynib; 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:		

– brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej minimalnej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) 5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR[1]) 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph +) lub nowych mutacji ABL **4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie** Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy wszcząć procedurę kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.		

*Badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka

Załącznik B.15.

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1.1.** Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). **2. Wtórna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-	**1.** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs) 7) morfologia krwi. W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji

rozpoczęta do 3. roku życia.

Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.

1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

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

2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień

2.1. Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.

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

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

700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);

b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu:

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

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

3.1. Dawkowanie czynnika VIII:

1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.

3.2. Dawkowanie czynnika IX

leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;
2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;
3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.

2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.

Badania w monitorowaniu leczenia:

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

przedłużonym działaniu.

2.2. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

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

3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania powyżej 6 miesięcy od momentu wykrycia).

Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.

Decyzja o rodzaju i dawce leku oraz czasie terapii stosowanej w ramach modułu wywołania indukcji tolerancji immunologicznej jest podejmowana przez Zespół Koordynacyjny, zgodnie ze standardem leczenia hemofilii powikłanej inhibitorem.

Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:

1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania osoczopochodnego:
   1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
   2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
   3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;
   4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.

3.3. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:

1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.

3.4. Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:

1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem;
2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-

2.3. Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:

1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);
2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny)

   - w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego.

2.4. Oznaczanie inhibitora

1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;
2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;
3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;
4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.

W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.

W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości

inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. **4. Kryteria wyłączenia** Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy; 2) ukończenie 18. roku życia. **6. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	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.	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 (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.17.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54); 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości	**1. Dawkowanie** **1.1** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). **1.2** Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.). W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami. Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1** Immunoglobuliny dożylne Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

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

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

Załącznik B.18.

LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego; 2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; 2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; 3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	**1. Dawkowanie triptoreliny** U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.

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

Załącznik B.19.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stanów zagrożenia życia w następstwie trudnych do opanowania, nawracających stanów hipoglikemii u noworodków lub niemowląt, świadczeniobiorca kwalifikowany jest do terapii niezwłocznie po jego zgłoszeniu. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub poniemowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzo-czaszki; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci, u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) u niemowląt i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przezciemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem, c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH ≥10 ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu), d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;

4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.); 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia); Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy rozpoczęciu terapii spełniały kryteria programu **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 3) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 4) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok; 5) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 6) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia; 7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej; 8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego); 9) morfologia krwi, z rozmazem; 10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii; 11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu; 12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT; 13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3; 14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych; 15) stężenie 25OH wit. D; 16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA; 17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka; 18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach); 19) konsultacja hematoonkologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych; 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede

4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu 1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu; 2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów); 3) źle wyrównana cukrzyca.		wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN; 21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii:** 1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii, b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c), e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;

		6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera. **2.2. Co 180 dni:** 1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 4) pomiar stężenia TSH i fT4; 5) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 6) Inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3. Co 365 dni:** 1) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego); 3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu; 4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT; 5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach); 6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach); 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb.

		2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie: 1) co najmniej miesiąc po zakończeniu terapii test stymulacji wydzielania GH insuliną lub innym powszechnie uznanym stymulatorem sekrecji tego hormonu (5 lub więcej pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę jednostki endokrynologicznej zajmującej się leczeniem osób dorosłych w przypadku stężeń hormonu wzrostu <3 ng/ml). Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.20.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu	**1. Dawkowanie** Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT_4; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1** 1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii; 2) złuszczenia głowy kości udowej; 3) pseudo-tumor cerebri; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		lub 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. **2.2 Co 90 dni** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia fT4; 3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni 5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co

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

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B_6; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę; 2) pozytywny wynik testu z witaminą B6 - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB6-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy; 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS); 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 5) ciąża lub karmienie piersią.		8) konsultacja neurologiczna; 9) konsultacja dietetyczna. W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.22.

LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, *late-onset*) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Postać klasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (*cross-reactive immunological material*) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) układ krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby; 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna;

3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 3) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy.		15) konsultacja neurologiczna; 16) konsultacja kardiologiczna. **1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) układ krzepnięcia (INR, APTT); 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP; 5) stężenie CK, CK-MB; 6) gazometria; 7) USG jamy brzusznej; 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy); 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej); 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) badanie okulistyczne; 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);

		20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 21) konsultacja kardiologiczna; 22) konsultacja psychologiczna; 23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Co 180 dni** (okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii); **2.1.1. Postać klasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) gazometria; 5) układ krzepnięcia (INR, APTT); 6) ocena masy i długości ciała; 7) ciśnienie tętnicze krwi; 8) EKG; 9) USG serca; 10) USG jamy brzusznej; 11) RTG klatki piersiowej; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna;

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

		3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel; 4) konsultacja pulmonologiczna; 5) RTG klatki piersiowej; 6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.23

LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)

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

wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

1.3. Kryteria wyłączenia

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

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

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

przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.

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

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

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

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co 180 dni:

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

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

2.2. Co 365 dni:

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

3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat 1) Nadwrażliwość na ETZ; 2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). **4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń. 1) Nadwrażliwość na eliglustat; 2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) Ciąża; 4) Laktacja; 5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.		nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); 6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach); 8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach); 10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach); 11) Chitotriozydaza; 12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;

		10) badanie audiometryczne; 11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów; 12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach); 13) konsultacja neurologiczna; 14) badanie spirometryczne układu oddechowego; 15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej; 16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 17) test 3/6 minutowego marszu; 18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.25.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego	**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) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) proteinogram; 4) gazometria; 5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina; 6) cholesterol; 7) witamina D i K; 8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 10) parametry życiowe; 11) pomiary antropometryczne; 12) EEG; 13) EKG; 14) echokardiografia; 15) RTG klatki piersiowej; 16) USG jamy brzusznej; 17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 18) RTG kręgosłupa; 19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG); 20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 21) badanie audiometryczne; 22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów

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

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) cholesterol; 2) witaminy D i K; 3) RTG klatki piersiowej; 4) RTG kręgosłupa; 5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 6) badanie audiometryczne; 7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.27.

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną a) wiek od 6 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną) Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie. **1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** a) wiek od 18 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej	**1a. Dawkowanie tobramycyny** Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku). **1b. Dawkowanie lewofloksacyny** Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampułka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.	**1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną** 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. **1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych Pseudomonas aeruginosa; 3) EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. **2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną**

Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą; b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny; c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl); d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny; e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej; f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny; g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny; h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny;		**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni: 1) badanie mikrobiologiczne; 2) badanie spirometryczne. **2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne; 4) badanie spirometryczne; 5) badanie słuchu – audiometria. **2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną** **2.1.** Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii). **2.2.** Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania): 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi; 3) badanie spirometryczne; 4) EKG. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

i) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C – dotyczy lewofloksacyny; j) czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty (dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowania tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, Zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, zapalenia tętnic Takayasu, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Behçeta, nadciśnienię tętnicze, miażdżyca) – dotyczy lewofloksacyny; k) ciąża lub karmienie piersią (czasowe zawieszenie leczenia w Programie lekowym) – dotyczy lewofloksacyny.		udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.28.

LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5. 1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej: a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej, b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni), c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy, d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne, e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne; 2) Wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);	**1. Dawkowanie** **1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.. **1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom miedzi; 2) Poziom ceruloplazminy; 3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji); 4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej; 5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych. **2. Monitorowanie leczenia** Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach. **3. Monitorowanie programu**

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Ciąża; 8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).	b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.. **1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.; d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.	1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.29.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami: 1) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia**: interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab; 2) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia**: okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina; 3) **szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS)**: fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina; 4) **postać pierwotnie postępująca (PPMS)**: okrelizumab; 5) **postać wtórnie postępująca (SPMS)**: interferon beta-1b, siponimod. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia interferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, teryflunomidem, ozanimodem, ponesimodem, ofatumumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem,	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem, okrelizumebem, ozanimodem ponesimodem, ofatumumabem fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną lub siponimodem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); 5) dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12

kladrybiną 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 okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,4,8,9 albo 1,6,8,9 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 interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem, 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		miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny w tabletkach, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu; 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC

powodujące niesprawność, b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego: – co najmniej jedna nowa zmiana GD (+) lub – co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2; 6) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c): a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5; b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego: – mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0 lub – mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0, c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.): – 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		- dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny; 16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i ofatumumabu; 17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu; 20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem: a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9, b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem" i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. **2. Inicjacja leczenia** W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii okrelizumabem, ozanimodem, ponesimodem, fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną, siponimodem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie leczenia** 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie

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, peginterferonem beta-1a, natalizumabem, d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponesimodem, kladrybiną, siponimodem, e) pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; 9) brak przeciwskazań 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;		z decyzją lekarza prowadzącego); 2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstąpienie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży); 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego; 4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych; 5) monitorowanie leczenia **siponimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku, c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem, d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, 6) monitorowanie leczenia **fingolimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz

10) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia, b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu, c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu. **2. Zamiana leków** Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. 1) w ramach leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków interferon beta-1a, interferon beta-1b, octan glatirameru, fumaran dimetylu, peginterferon beta-1a, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab 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		wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, g) rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. 7) Monitorowanie leczenia **natalizumabem**: a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, c) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia komórek ziarniczych) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu,

albo c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu) albo d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; 2) w ramach leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 3) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 4) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamiany leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego		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, g) w przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą: – pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne) lub – pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumbem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku ≤0,9 i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata. 8) Monitorowanie leczenia **alemtuzumabem**: a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie

albo b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia; 5) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu; 6) pacjentom leczonym fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną lub okrelizumabem umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. **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		diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV, d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem, e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia **okrelizumabem**: a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku, b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku, c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku, d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku; 10) Monitorowanie leczenia **kladrybiną**: a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm3, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm3, b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku, c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku, d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku,

dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza. Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem. Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby. Przy stosowaniu kladrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kladrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kladrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia. W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem 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		e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku, f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku, g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia), h) MRI - zalecane raz na rok. Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami lub b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia; 2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; 3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0.		

W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. **5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie** Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.		

Załącznik B.30.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria: 1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych. 2) wiek 2-17 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na leczenie; 3) myastenia gravis; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża.	**1. Dawkowanie Dysportu** Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. **2. Dawkowanie Botoxu** Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.	**1. Badania przy kwalifikacji** Morfologia krwi z rozmazem. **2. Monitorowanie leczenia** EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.31.

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

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

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

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

5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;

6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);

7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).

II. LECZENIE II RZUTU

II.A. MONOTERAPIA

1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil

1.1. Kryteria włączenia

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej

lub

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.

1.2. Kryteria wyłączenia

a) bosentan

Co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL,

b) iloprost

1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;

2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;

3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;

4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;

5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;

4. Dawkowanie sildenafilu

4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.

4.2. W przypadku progresji choroby udokumentowanej badaniami nieinwazyjnymi i cewnikowaniem prawego serca, zgodnie z opisem programu, istnieje możliwość zwiększenia dawki sildenafilu do maksymalnie 3 razy po 40 mg dziennie.

Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.

5. Dawkowanie epoprostenolu

5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

1) stanu pacjenta;

2) odpowiedzi na leczenie;

3) tolerancji leczenia.

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

5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.

6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej

6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;

Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów <18 r.ż.

1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP.

1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:

a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,

b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.

2. Monitorowanie leczenia

Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.

6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku. **c) treprostinil** 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. **2. Epoprostenol** **2.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub	6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii. **7. Dawkowanie riocyguatu** 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej** 8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL.	W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **2.1. Badania nieinwazyjne** 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań

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

2.2. Kryteria wyłączenia

1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;
2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;
3) laktacja;
4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.

3. Riocyguat

3.1. Kryteria włączenia

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

3.2. Kryteria wyłączenia

1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;
2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);
3) ciąża;
4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);
5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;
6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg.

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Macytentan z sildenafilem

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

10. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

B. Leczenie TNP u dzieci

1. Leczenie bosentanem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;
3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.

podstawowych);

– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2.2. Badania inwazyjne

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

1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;
2) jeżeli:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami

   lub

1.1. Kryteria włączenia

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

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

1.2. Kryteria wyłączenia

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

b) macytentan

1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;
2) ciąża;
3) karmienie piersią;
4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;
5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy.

2. Riocyguat z bosentanem

2.1. Kryteria włączenia

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

2. Leczenie sildenafilem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

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

3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem

Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

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

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

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

5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostinil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;

3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.

W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.

Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.

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

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

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

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;

2.2. Kryteria wyłączenia: 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh; 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia; 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A; 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu; 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 7) ciąża; 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. **3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:** **a) bosentan** **b) sildenafil** **c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.** **3.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **3.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2, **b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2, **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b, **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c, **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem** **4.1. Kryteria włączenia** 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia; 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.		

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2, 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b, 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2, 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)** **5.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **5.2. Kryteria wyłączenia** 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego; 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha); 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa; 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza; 6) Ciężkie arytmie; 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;		

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym; 9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków. Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne. **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)** **I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;		

3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia; 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt; 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia** 1) I-III klasa czynnościowa. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh); 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem** **1.1. Kryteria włączenia** Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje. **II.B. TERAPIA SKOJARZONA**		

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

C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji.		

Załącznik B.32.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3. Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2. Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4. 1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby;	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **2. Dawkowanie adalimumabu** Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **3. Dawkowanie ustekinumabu** Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **4. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) Morfologia krwi obwodowej; 2) Aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) Kreatynina; 5) Białko C-reaktywne; 6) Badanie ogólne moczu; 7) Test Quantiferon; 8) Antygen HBs; 9) Przeciwciała anty HCV; 10) Antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) Stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PCDAI u dzieci; 15) Anty HBc total.

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

2. Leczenie podtrzymujące Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI ≤ 30 punktów. **3. Określenie czasu leczenia w programie** W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta. 1) Infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni; b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 2) Adalimumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni; b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą). Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;		Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia. Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) Ustekinumab a) terapia indukcyjna: 8 tygodni; b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI; 4) Wedolizumab a) terapia indukcyjna: 10 tygodni; b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI. **4. Kryteria wyłączenia z programu** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu. 1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie; 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) Niestabilna choroba wieńcowa; 5) Przewlekła niewydolność oddechowa; 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek; 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby; 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) Ciąża lub karmienie piersią - możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/ PTG-E		

11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (z wyjątkiem raka in situ szyjki macicy i nieczerniakowych nowotworów skóry); 12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego). **5. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3. 1) Brak efektów leczenia; 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia; Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI ≤ 30 punktów. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia. W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześniej - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego		

możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów; 2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie; Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.33.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem choroby Stilla u dorosłych (AOSD), u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był	**1. Dawkowanie** 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 3) obecność antygenu HBs; 4) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 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 pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem

przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR oraz u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) także po niepowodzeniu terapii glikokortykosteroidami (GKS): a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów: – wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo – wartość DAS – większa niż 3,7 albo – wartość SDAI – większa niż 26 lub b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD). 3) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:	chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.	bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów; 9) płytki krwi (PLT); 10) odczyn Biernackiego (OB); 11) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 12) stężenie kreatyniny w surowicy; 13) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 14) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 16) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem; 17) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą** – po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz

a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytinbem lub upadacytynibem lub anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa. b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – 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).		oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) płytki krwi (PLT); 3) odczyn Biernackiego (OB); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) AspAT i AlAT; 7) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem. oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem** – po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) odczyn Biernackiego (OB); 3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 4) stężenie kreatyniny w surowicy;

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. 4) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS); b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).		5) AspAT i AlAT; 6) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia. Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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. 5) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). 6) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub		

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 7) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii 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. 8) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub anakinrą, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub		

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane. 10) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, 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. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym sześciu leków biologicznych, baricytynibu, 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. 12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 14) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu w przypadku niespełnienia części kryteriów		

opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. **3. Czas leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **4. 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 osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26 lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo anakinry znacznego zmniejszenia objawów układowych. 2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu		

albo upadacytynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 3,3 lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo anakinry ustąpienia objawów układowych. 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe. 4) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. 5) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 4 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **5. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu 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, nastąpił wzrost wartości: a) DAS 28 powyżej 3,2 albo b) DAS powyżej 2,4 albo c) SDAI powyżej 11. 3) Pacjent z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych. 4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych. 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji	**1. Dawkowanie** 1) Adalimumab, etanercept, tocilizumab w postaci dożylnej i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HCV; 4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania: a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących	zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylnej i anakinry z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby / immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.	5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 6) EKG z opisem. 7) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 8) płytki krwi (PLT); 9) odczyn Biernackiego (OB); 10) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 11) stężenie kreatyniny w surowicy; 12) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 13) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (±1 miesiąc): 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej

dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów. 3) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza albo b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38°C, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące. 4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub		lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) odczyn Biernackiego (OB); 3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) AspAT i AlAT; 6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 5) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem lub – tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ: i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem w postaci dożylnej lub anakinrą w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. 7) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS. 8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 10) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane. 11) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.		

3. Czas leczenia w programie 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 3) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. **4. 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 2c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 2a) i 2b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 6) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. 7) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 4 ppkt 3, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.		

5. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 4 ppkt 5, podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 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 AKTYWNĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR, b) z aktywną i ciężką postacią choroby, c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS. 3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:	**1. Dawkowanie** Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt. 4) Aktywna i ciężka postać choroby: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) – aktywna i ciężka postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów: 1. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni		14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 16) EKG z opisem; 17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową. **2. Monitorowanie leczenia** 1) monitorowanie terapii – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT; f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów

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 2. wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo 3. wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. 4. u pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10; program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt1 ppkt 4;		kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm. 5) Niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4		

tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. 6) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne, tofacytynibem lub upadacytynibem. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS: a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności		

choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **4. 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 3 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 siedmiu leków, w tym pięciu 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. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3. 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;. 3) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.		

2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii w ramach programu. **7. Kryteria ponownego włączenia do programu** 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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT; ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej; 2) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG, b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie, c) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej	**1. Dawkowanie** Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab i upadacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.	**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) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia; 3) aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów: a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm; 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne lub upadacytynibem. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.		14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 16) EKG z opisem; 17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT; f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **4. 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 3 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 sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, 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;		Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) 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) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie** 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku; 3) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe; 4) pacjenci z sacroilitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą		

kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane. **7. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub upadacytynibu, 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 W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1.Kryteria kwalifikacji 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak: niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, ciężka nadczynność przytarczyc, zatrucie glinem i inne; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy albo b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą; 3) wiek: a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy albo b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych; 4) świadczeniobiorcy niedializowani. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **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 ust. 3. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża;	**1. Dawkowanie** 1) darbepoetyna alfa: a) 10 µg - 1 raz w tygodniu albo b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie, albo c) 40 µg - 1 raz w miesiącu - iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program); 2) epoetyna alfa: a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu - iv. lub sc.- podanie podskórne w przypadku braku stałego dostępu do żyły (średnia dawka tygodniowa dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom hemoglobiny; 2) hematokryt; 3) GFR; 4) TSAT; 5) CRP. **2.Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt; 2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt. **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

3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 4) schyłkowa niewydolność nerek.		NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.38.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat); 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.		a) stężenie parathormonu (intact PTH), b) fosfataza alkaliczna, c) proteinogram, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie kreatyniny, f) stężenie mocznika, g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-), h) morfologia krwi z rozmazem, i) gazometria. **2.3 Po 90 dniach** 1) stężenie IGF-1. **2.9 Co 365 dni** 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: a) badania densytometryczne, b) RTG stawów biodrowych, c) konsultacja okulistyczna, d) konsultacja ortopedyczna, e) cystouretografia, 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG/USG stawów biodrowych, c) TK z kontrastem stawów biodrowych, 7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.

		Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenia dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu** Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji. U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.	**1. Monitorowanie leczenia** 1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. **2. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.		

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z 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 października do 30 kwietnia. Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem** 1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy: a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria: i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3) lub ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1) b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium: i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3). 2) Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki. Liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.	**1. Dawkowanie paliwizumabu** Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.	**1. Badania przy kwalifikacji** W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium z ust. 1 pkt 1 lit. b (dysplazja oskrzelowo-płucna): kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej. **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 nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT. **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

2. Określenie czasu leczenia w programie Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 października do 30 kwietnia) co miesiąc - 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie; 2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne; 3) brak zgody pacjenta.		zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,

		d) badanie ogólne i posiew moczu; 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.42.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej; 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri; 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm; 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych); 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok; 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.		3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego); 4) pomiar stężenia IGF-1; 5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.44.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA. **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Kryteria włączenia do programu** **1.1.1.** pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie. Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 2) test *in vitro* (opcjonalnie); 3) pomiar masy ciała; 4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 8) morfologia krwi i badania biochemiczne:

6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; 6) masa ciała 20-150 kg; 7) niepalenie tytoniu; 8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. **1.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze; 2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy; 3) ciąża; 4) karmienie piersią;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej** **1) mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.	a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

5) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;

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

1.3. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;

2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:

a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);

b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

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

– poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ o ≥ 0,5 punktu u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),

– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);

3) palenie tytoniu;

4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

2) benralizumabem

Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku

1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

1.4. Monitorowanie leczenia

Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:

1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);

2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie);

3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;

5) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu.

1.4. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Kryteria włączenia do programu

pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem

Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku

4) morfologia krwi i badania biochemiczne:
   a) stężenie kreatyniny,
   b) stężenie mocznika,
   c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
   d) stężenie AIAT,
   e) stężenie AspAT;
5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Ponadto przeprowadzana jest:

1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:

1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):
   a) stężenie kreatyniny,

2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon) 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu;	pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.	b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc. W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu. **2.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. **2.3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;		3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)–– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **2.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 6) palenie tytoniu; 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 8) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu; 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia. **2.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu		2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);

podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Kryteria włączenia do programu:** **3.1.1.** pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon) 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);		2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc. lub **3.1.2.** pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofilii we krwi na poziomie ≥150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE; 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2		**3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **3.4. Monitorowanie leczenia:** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej**

adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekle; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów); 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu. **3.2. Przeciwwskazania**		**terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4. Monitorowanie programu**

1) nadwrażliwość na dupilumab lub substancje pomocnicze; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. **3.3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem)); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem)); 6) palenie tytoniu;		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 8) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania dupilumabu; 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia. **3.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		

Załącznik B.47.

LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Kryteria kwalifikacji 1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: a) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej lub b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem; b) pacjenci: a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej albo	**A. Dawkowanie** Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, rizankizumabem, guselkumabem, certolizumab pegol i tyldrakizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.	**A. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);

b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem,certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem – którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; c) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem albo PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem ,infliksymabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; d) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z rekomendacjami zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC. 3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem, iksekizumabem guselkumabem, risankizumabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że		**B. Monitorowanie leczenia** 1. Monitorowanie terapii - po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni). **C. 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 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;

przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie. 4. W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **B. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. **C. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub 2. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów. **D. Kryteria i warunki zmiany terapii** 1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: 1) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub		3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

pomocniczą lub 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub 3) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C ppkt 1-2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 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. 5. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 10 lub 18. **E. Kryteria wyłączenia z programu** 1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C ppkt 1-2; 2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy: a) PASI większy niż 10 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był mniejszy niż 18 albo PASI większy niż 18 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był większy niż 18 oraz b) BSA większy niż 10, oraz c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;		

3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **F. Czas leczenia w programie** 1. W przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem, risankizumabem lub tyldrakizumabem: 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w opisie przedmiotowego programu, jednak nie dłużej niż do 96 tygodni. 2) W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej 96 tygodni – przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej. 3) Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie: a) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu lub tyldrakizumabu albo b) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki sekukinumabu, albo c) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu, guselkumabu lub risankizumabu. Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej. 2. W przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol: 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. **G. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, u którego stwierdzono adekwatną odpowiedź na leczenie, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźnika PASI o co najmniej 30% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10. 2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wiązało się z uzyskaniem adekwatnej odpowiedzi. 3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.50.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami: 1) olaparyb; 2) niraparyb; **W leczeniu nowo zdiagnozowanego** zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: **1) w monoterapii:** a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, albo b) niraparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA 1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD); **2) w skojarzeniu:** a) **olaparyb z bewacyzumabem** u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD); **W leczeniu nawrotowego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: 1) **w monoterapii:**	Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego (ChPL) aktualnych na dzień wydania decyzji. **1. olaparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. **2. niraparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 300 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. **3. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:** **bewacyzumab** - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. **olaparyb** - maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA 125; 8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny). **1.1. Kryteria kwalifikacji dla nowo zdiagnozowanego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) **w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem w monoterapii** stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA1/2* bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu), lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu), lub – FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA 1/2 (*w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu), lub – FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu); albo b) **w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem** histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3)		**2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 1 miesiąc. W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych,

raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji; 2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach BRCA1/2 (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; 4) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl, b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l, c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l, d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 7) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby), c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		b) przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem albo olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. **1.2. Kryteria kwalifikacji dla nawrotowego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej lub somatycznej); 3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny); 4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 5) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 6) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl, b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l, c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l, d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:		lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby), c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 11) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg RECIST 1.1) – 24 miesiące, b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg RECIST 1.1.) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat, c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1, d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;		

2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 36 miesięcy, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1, b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1); 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 5) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.		

Załącznik B.52.

LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

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

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

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

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

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

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

1.2. Planowanie i realizacja radioterapii

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

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

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

1.1.3. Uwagi

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

1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

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

1.2.1. Badania laboratoryjne

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

1.2.2. Inne badania

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

1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

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

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

a) czynności wątroby:

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

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

b) morfologii krwi z rozmazem:

– stężenie hemoglobiny ≥ 10,0g/dl;

– poziom leukocytów > 3 000/mm^3;

– poziom neutrofili > 1 500/mm^3;

– poziom płytek krwi > 100 000/mm3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

1.1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;

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

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

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

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

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

– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);

– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).

1.2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.

2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)

2.1. Cetuksymab

1.3.1. Badania laboratoryjne

1) w razie wskazań klinicznych.

1.3.2. Inne badania

1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);

2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;

3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;

4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

1.3.3. Uwagi

Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.

2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem

2.1.1. Badania laboratoryjne

1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;

4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);

5) inne w razie wskazań klinicznych.

2.1.2. Inne badania

się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;

3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;

4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.

2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)

2.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab

2.1.1. Kryteria kwalifikacji

1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2;

2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);

3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem);

2.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;

2.1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m^2 podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);

2.1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m^2 podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m^2, co 2 tygodnie.

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

2.2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem

2.2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się:

1) w przypadku schematu EXTREME, w dawce 250 mg/m^2 co tydzień lub 500 mg/m^2 co 2 tygodnie;

2) w przypadku schematu TPEx, w dawce 500 mg/m^2 co 2 tygodnie

- do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.

2.3. Chemioterapia

2.3.1. Schemat EXTREME: Cisplatyna w dawce 100 mg/m^2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku

1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;

2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);

3) inne w zależności od wskazań klinicznych.

2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.2.1. Badania laboratoryjne

1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;

2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;

3) inne w razie wskazań klinicznych.

2.2.2. Inne badania

1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.

2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;

2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia

4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;
5) potwierdzenie sprawności wg KPS ≥ 80 lub ECOG/WHO 0-1;
6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;
7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;
9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;
10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:
   – stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej < 5 mg/dl,
   – aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 3-krotnej wartości górnej granicy normy;
11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:
   – klirens kreatyniny:
      i. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 m^2,
      ii. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 m^2;
12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.1.2. Określenie czasu leczenia w programie

udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m^2 w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli;

2.3.3. Schemat TPEx: Cisplatyna w dawce 75 mg/m^2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z docetakselem w dawce 75 mg/m^2 w dniu 1 kursu. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.4. Okres zastosowania chemioterapii - do 4 cykli.

2.4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych

2.4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;

2.4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;
3) pomiar masy ciała;
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi,
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny,
   c) oznaczanie stężenia glukozy,
   d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,
   f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,
   g) oznaczenie poziomu TSH,
   h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;
5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;
6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.

3.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
2) morfologia krwi;
3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.

Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

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

2.1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;
2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;
3) progresja choroby lub zgon chorego;
4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;
5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.

3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

3.1. Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:

a) ***e****kspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,*

b) *ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);*

3.1.1. Kryteria kwalifikacji

2.4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna + 5FU lub cisplatyna/karboplatyna + docetaksel) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 (schemat EXTREME) lub 4 (schemat TPEx) cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.

3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

3.1. Pembrolizumab

3.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

4.1. Niwolumab

3.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) badanie przedmiotowe;
2) badania laboratoryjne;
3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

4.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem

1) badanie przedmiotowe;
2) ocena sprawności w skali ECOG;
3) pomiar masy ciała;
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi,
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny,
   c) oznaczanie stężenia glukozy,
   d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,
   f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,
   g) oznaczenie poziomu TSH,
   h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loko regionalnym lub przerzutami odległymi; 2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii; 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18. roku życia; 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) nieobecność przeciwwskazań: a) w przypadku monoterapii: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	4.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. **4.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **4.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) Badanie laboratoryjne; 3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **5. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW

3.1.2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **3.1.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na pembrolizumab; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)** ***4.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny*** **4.1.1. Kryteria kwalifikacji**		NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1; 4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **4.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem** Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.		

4.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na lek; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		

Załącznik B.53.

LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku); 2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV); 3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi; 4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu; 5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi: a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl, d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15; 6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej	**1. Dawkowanie ewerolimusu** Zalecana dawka ewerolimusu wynosi 10 mg raz na dobę. Leczenie należy kontynuować do momentu, gdy obserwuje się korzyści kliniczne lub do wystąpienia objawów znacznej toksyczności. W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane** W przypadku wystąpienia poważnych lub niemożliwych do zaakceptowania działań niepożądanych może zajść konieczność zmiany dawkowania. Możliwe jest zmniejszenie dawki lub zaprzestanie podawania (np. przez tydzień) ewerolimusu, a następnie rozpoczęcie podawania od dawki 5 mg. Jeżeli konieczne jest zmniejszenie dawki, wówczas sugerowana dawka wynosi 5 mg na dobę. **1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:** 1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę;	**1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia glukozy; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu; 9) oznaczenie stężenia trójglicerydów; 10) RTG klatki piersiowej, RTG/KT klatki piersiowej lub KT/USG jamy brzusznej w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem** 1) badania wykonywane co miesiąc: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy

skali Child-Pugh);
7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;
8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);
10) wiek powyżej 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.

1.3. Kryteria wyłączenia

1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki;
2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;
3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;
4) ciężkie lub niekontrolowane (w ocenie lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące (w tym – poważne zakażenia, niewydolność wątroby w stopniu C według skali Child-Pugh, niekontrolowana hiperglikemia, hipercholesterolemia i hipertrójglicerydemia, nasilona niewydolność nerek);
5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu

2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;
3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu.

Jeśli w trakcie leczenia stan wątroby pacjenta (wg skali Child-Pugh) ulegnie zmianie, dawkowanie należy dostosować. Leczenie powinno być kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby lub nieakceptowanych toksyczności.

2. Dawkowanie sunitynibu

Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.

Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.

asparaginianowej,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie stężenia kreatyniny,
f) oznaczenie stężenia glukozy,
g) oznaczenie stężenia cholesterolu,
h) oznaczenie stężenia trójglicerydów;

2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:
a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia

1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);
10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
14) pomiar ciśnienia tętniczego;
15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

neuroendokrynnego trzustki sunitynibem **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 lat; 2) potwierdzone patomorfologicznie rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 roku) w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami; 3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 4) możliwość obiektywnej oceny wielkości zmian w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group); 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem** 1) badania wykonywane co 6 tygodni: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia hemoglobiny, c) oznaczenie stężenia kreatyniny, d) oznaczenie stężenia bilirubiny, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej, h) EKG; 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni: a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru, b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT, c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie 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 lub CHOI. **Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, – stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl; 8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu** 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**		**3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze raka neuroendokrynnego trzustki (SMPT-Rak neuroendokrynny trzustki), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 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.		

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Lenalidomid (schemat Rd)		
1. Leczenie lenalidomidem w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych chorych na szpiczaka plazmocytowego **1.1. Kryteria kwalifikacji – pacjenci z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym** Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do terapii wysokimi dawkami melfalanu z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych **1.2. Kryteria kwalifikacji – pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków: 1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia; 2) stosowano uprzednio co najmniej jeden protokół leczenia i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa co najmniej 2 stopnia, jeśli ten protokół obejmował talidomid lub co najmniej 3 stopnia, jeśli ten protokół obejmował bortezomib; 3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek	**1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu** **1.1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu – pacjenci z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15, 20 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem. **Lenalidomid:** zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. **Deksametazon:** zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15 i 22 w powtarzalnych 28- dniowych cyklach. **1.2. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu – pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym - badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) badanie cytogenetyczne (metodą klasyczną lub FISH) – dotyczy pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.

macierzystych szpiku i w pierwszej linii leczenia stosowano bortezomib. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.5. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **1.4. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <50x10^9/l o ile nie wynika to z aktywności choroby – dotyczy wyłącznie pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym; 2) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l lub <30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne – dotyczy chorych z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym; 3) ciąża; 4) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 6) obecność zaburzeń chromosomalnych: del (17p), t (4;14), t (14;16) – kryterium dotyczy wyłącznie pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym. **1.5. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;	**Lenalidomid:** zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. **Deksametazon:** zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-4, 9-12 i 17-20 każdego 28-dniowego cyklu przez pierwsze 4 cykle leczenia, a następnie 40 mg raz na dobę w dniach 1-4 co 28 dni. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby. **UWAGA:** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.	**2. Monitorowanie leczenia** Przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego **Ocena skuteczności:** Po 6. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). Zalecane jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle 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 (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach 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.
Lenalidomid (schemat RVd)		
1. Leczenie lenalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do terapii wysokimi dawkami melfalanu z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <50x10^9/l o ile nie wynika to z aktywności choroby;	**1. Dawkowanie lenalidomidu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonu** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15, 20 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem. **Lenalidomid:** zalecana dawka początkowa w schemacie z bortezomibem i deksametazonem: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14, w powtarzanych 21-dniowych cyklach, maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie), a następnie w schemacie z deksametazonem zalecana dawka 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzalnych 28-dniowych cyklach. **Bortezomib:** zalecana dawka początkowa bortezomibu to 1,3 mg/m^2 powierzchni ciała raz na dobę, dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11., w powtarzalnych 21-dniowych cyklach maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie) **Deksametazon:** zalecana dawka w schemacie z lenalidomidem i bortezomibem: 20 mg doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG; 9) badanie cytogenetyczne (metodą klasyczną lub FISH). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** Przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym

2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.	w powtarzalnych 21-dniowych cyklach maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie), a następnie w schemacie z lenalidomidem 40 mg raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22 w powtarzalnych 28- dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę bortezomibu i deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta.	2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego **Ocena skuteczności:** Po 6. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza) Zalecana jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle 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 (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.
Pomalidomid (schemat Pd)		
1. Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące zarówno lenalidomid i bortezomib, i u których w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być włączeni pacjenci leczeni pomalidomidem w ramach innego sposobu finansowania do czasu objęcia refundacją leku w programie lekowym, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1.1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 1.3. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.	**1. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu** Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg (w opakowaniu po 21 kapsułek), jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem. **Pomalidomid:** zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. **Deksametazon:** zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia. **UWAGA:** Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania pomalidomidu w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** **Przed każdym cyklem leczenia:** 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego **Ocena skuteczności:**

1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo 1) bezwzględna liczba neutrofili <1 x10^9/l i/lub liczba płytek krwi <50 x10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.		Po 6. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Pomalidomid (schemat PVd)		

1. Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych na nawrotowego lub opornego szpiczaka plazmocytowego **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci: z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym, w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najwyżej trzy schematy leczenia, w tym schemat zawierający lenalidomid, u których w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby i nie stwierdzono przeciwwskazań do stosowania bortezomibu. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku, mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu, ze względu na bezpieczeństwo** 1) bezwzględna liczba neutrofili <1 x 10^9/l i/lub liczba płytek krwi <50 x 10^9/l o ile nie wynika to z aktywności choroby; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**	**1. Dawkowanie pomalidomidu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem** Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg (w opakowaniu po 14 kapsułek), jest stosowany w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem. **Pomalidomid:** zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14, w powtarzanych 21-dniowych cyklach. **Bortezomib:** zalecana dawka początkowa bortezomibu to 1,3 mg/m^2 powierzchni ciała raz na dobę, dożylnie lub podskórnie, cykle 1-8 w dniach 1., 4., 8. i 11., cykl 9 i kolejne w dniu 1. i 8 w powtarzalnych 21-dniowych cyklach. **Deksametazon:** Cykle 1-8 zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11., 12. każdego 21-dniowego cyklu leczenia. Cykl 9 i kolejne zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 8. i 9. każdego 21-dniowego cyklu leczenia. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta. Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV. Zaleca się profilaktykę żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** **Przed każdym cyklem leczenia:** 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego. **Ocena skuteczności:** Po 6. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny;

1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.	W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.	4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). Zalecane jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle 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 (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.
Daratumumab (schemat DVd)		
1. Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych na szpiczaka plazmocytowego	**1. Dawkowanie daratumumabu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem** **Daratumumab** w dawce 16 mg/kg masy ciała jest podawany we wlewie dożylnym raz w tygodniu w	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy;

1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia daratumumabem

Do programu kwalifikowani są dorośli (≥18 lat) chorzy na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytowego, którzy spełniają kryterium stanu sprawności ECOG 0-2 oraz jedno z poniższych kryteriów:

1) pacjenci, u których zastosowano jedną linię leczenia, obejmującą bortezomib oraz przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i celowe jest ponowne leczenie bortezomibem zgodnie z zaleceniami klinicznymi pod warunkiem niewystępowania polineuropatii obwodowej lub bólu neuropatycznego ≥ 2 stopnia;
2) pacjenci, u których zastosowano 2 lub 3 poprzedzające linie leczenia, obejmujące bortezomib i lenalidomid.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności zgodnie z zaleceniami Charakterystyk Produktów Leczniczych.

1.3. Kryteria wykluczające udział w programie

1) nadwrażliwość na daratumumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) oporność na leczenie bortezomibem lub przeciwskazania do jego stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie

1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 2 cyklach leczenia);

tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.

Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie.

Zmiana dawkowania oraz szybkości infuzji daratumumabu powinny być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Daratumumab s.c. w dawce 1800mg/podanie jest podawany podskórnie raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.

Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie. Przed i po zakończeniu infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Bortezomib jest podawany we wstrzyknięciu podskórnym lub infuzji dożylnej w dawce 1,3 mg/m^2 powierzchni ciała dwa razy w tygodniu przez dwa tygodnie (dni 1., 4., 8. i 11.) w powtarzalnych cyklach terapii trwających 21 dni (3-tygodnie) przez 8 cykli.

Deksametazon jest podawany doustnie w dawce 20 mg w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego z 8 cykli bortezomibu (80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu bortezomibu) lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u

3) AspAT, AlAT;
4) stężenie bilirubiny;
5) stężenie kreatyniny;
6) klirens kreatyniny;
7) stężenie białka M;
8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza);
9) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

2. Monitorowanie leczenia

Przed każdym cyklem leczenia:

1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym
2) badania biochemiczne: AST, ALT, bilirubina całkowita, wapń, kreatynina i klirens kreatyniny.

Ocena skuteczności:

Oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia wykonanie badań pozwalających na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG).

3. Monitorowanie programu

1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) brak co najmniej częściowej remisji po 6 cyklach leczenia; 3) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia daratumumabem zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) ciąża.	pacjentów w wieku > 75 lat, BMI < 18,5; ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami. Przed rozpoczęciem terapii skojarzonej daratumumabem z bortezomibem i deksametazonem zaleca się profilaktykę przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa półpaśca.	2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Karfilzomib (schemat Kd)		
1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem i deksametazonem **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia karfilzomibem** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki: 1) stosowano 1, ale nie więcej niż 3 wcześniejsze protokoły (linie) leczenia (terapia indukująca, po której nastąpi przeszczep komórek macierzystych i terapia konsolidacyjna/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia); 2) LVEF ≥ 40%; 3) stan sprawności ECOG 0 - 2. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z deksametazonem** **Karfilzomib** jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut raz w tygodniu przez okres trzech tygodni (dzień 1., 8. i 15.), po czym następuje 13-dniowy okres bez leczenia (od 16. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/m2 pc. w 1. dniu cyklu 1., a następnie jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane należy zwiększyć dawkę do 70 mg/m2 pc. w 8. i 15. dniu cyklu 1. W 2. cyklu i kolejnych cyklach lek podawany jest w dawce 70 mg/m2 w dniach 1., 8. i 15. (tj. 3 podania na cykl). **Deksametazon** jest podawany doustnie lub dożylnie w dawce wynoszącej 40 mg w dniach 1.,	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

Leczenie karfilzomibem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 poniżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki. **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) ciąża i okres karmienia piersią; 2) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 3) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 4) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA; 5) zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy; 6) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym; 7) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <50x10^9/l lub <30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.	8. i 15. wszystkich cykli oraz w dniu 22 cykli 1–9. Deksametazon należy podać w czasie od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu. **UWAGA:** Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem. Dawkowanie deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** **Przed każdym cyklem leczenia:** 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego; 3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG. **Ocena skuteczności:** Po 4. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

		2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Karfilzomib (schemat KRd)		
1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem, lenalidomidem i deksametazonem **1.1.** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki: 1) stosowano jeden, dwa lub trzy poprzedzające protokoły leczenia; 2) w którymkolwiek z poprzedzających protokołów leczenia zastosowano bortezomib i/lub lek immunomodulujący (talidomid lub lenalidomid lub pomalidomid); 3) nie uzyskano remisji częściowej po 4 cyklach wg protokołu zawierającego bortezomib lub stwierdzono progresję choroby po co najmniej 3 cyklach leczenia lenalidomidem i deksametazonem, jeśli był to ostatni stosowany przez pacjenta protokół leczenia; 4) pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią wysokodawkową i przeszczepieniem komórek	**1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem** **Karfilzomib**: dawkę wylicza się w oparciu o początkowe pole powierzchni ciała pacjenta (pc.). Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dwa kolejne dni tygodnia przez okres trzech tygodni (dzień 1., 2., 8., 9., 15. i 16.), po czym następuje 12-dniowy okres bez leczenia (od 17. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/ m^2 pc. w 1. i 2. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 44 mg). Jeśli lek jest dobrze tolerowany, dawkę należy zwiększyć do 27 mg/ m^2 pc. w 8. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 60 mg).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serce. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

krwiotwórczych. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie karfilzomibem kontynuuje się przez maksymalnie 8 cykli lub do wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki leku do 20 lub15 mg/m2 pc. zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10^9/l; liczba płytek krwi < 30x10^9/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <75x10^9/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Revlimid); 2) ciąża i okres karmienia piersią; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 6) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA; 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy;	**UWAGA:** Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m2 powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m2 a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m2 pc. jest podawana przez 10 minut. Dawkowanie karfilzomibu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **Lenalidomid** w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z karfilzomibem i deksametazonem. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.	W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** **Przed każdym cyklem leczenia:** 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego 3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG. **Ocena skuteczności:** Po 4. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

8) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.	**UWAGA:** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. **Deksametazon w skojarzeniu z lenalidomidem i karfilzomibem:** Zalecana dawka: 40 mg doustnie lub dożylnie raz na dobę w 1., 8., 15. i 22. dniu cyklu trwającego 28 dni. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby (u chorych powyżej 75 r.ż. dawkę należy zmniejszyć do 20 mg). Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.	2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Iksazomib (schemat IRd)		
1. Iksazomib w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego **1.1.** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub	**1. Dawkowanie iksazomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy;

nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej: 1) spełniający kryteria do leczenia lenalidomidem w połączeniu z deksametazonem oraz 2) u których występują aberracje cytogenetyczne z grupy wysokiego ryzyka, tj.: a) delecja w chromosomie 17 - del(17p) albo b) translokacja t (4;14) albo c) translokacja t (14;16); oraz 3) u których stosowano co najmniej dwa protokoły leczenia; 4) u których stwierdzono brak oporności na lenalidomid; 5) którzy posiadają stan sprawności ECOG 0-2. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie iksazomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej). Wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności iksazomibu lub lenalidomidu mimo zastosowania redukcji dawki danego leku zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego wymaga jego odstawienia. **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**	Zalecana dawka początkowa **iksazomibu** wynosi 4 mg doustnie i jest podawana raz w tygodniu w dniach 1., 8. i 15. 28-dniowego cyklu leczenia. Zalecana dawka początkowa **lenalidomidu** wynosi 25 mg raz na dobę i jest podawana w dniach od 1. do 21. 28-dniowego cyklu leczenia. Zalecana dawka **deksametazonu** wynosi 40 mg i jest podawana w dniach 1., 8., 15. i 22. 28-dniowego cyklu leczenia. Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) udokumentowanie obecności aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia, za wyjątkiem badań z pkt. 9, które mogą być wykonane wcześniej. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi z rozmazem i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego. Ponadto, po 6. cyklu leczenia: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M;

1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l lub <30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na iksazomib lub lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak remisji częściowej po 6 cyklach leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iksazomib lub którykolwiek ze składników preparatu.		7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w 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.55.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2. 1) Wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu. 2) Pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.), u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA) lub b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub d) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA).	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **2. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **3. Dawkowanie tofacytynibu** Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **4. Dawkowanie ustekinumabu** Dawkowanie ustekinumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) Aminotransferaza alaninowa; 3) Aminotransferaza asparaginianowa; 4) Kreatynina; 5) Białko C- reaktywne; 6) Badanie ogólne moczu; 7) Test Quantiferon; 8) Antygen HBS; 9) Przeciwciała ANTY HCV; 10) Badanie w kierunku wirusa HIV (HIV AG/AB COMBO); 11) Stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem; 14) Badanie endoskopowe; 15) Posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;

3) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: a) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, b) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, c) nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia, gdy kończy się udział pacjenta w programie. 4) Dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib albo ustekinumab w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi. Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon. Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon w ciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów.	Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	16) Badanie kału na toksynę Clostridioides Difficile; 17) Lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem; 18) Anty HBc total; 19) Kalprotektyna. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI, 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI 3) morfologia krwi obwodowej, 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni. **2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo,

Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę). Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia: a) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub b) hypomagnezemii, lub c) potencjalnych interakcji lekowych, lub d) hiperkaliemii, lub e) hyperurikemii, lub f) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia. Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL: a) zaburzenia czynności nerek, b) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, c) trudne do opanowania zakażenia, d) nowotwory złośliwe. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz: – w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub – w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu lub – w okresie co najmniej 4 tygodni po podaniu ostatniej dawki tofacytynibu lub – w okresie co najmniej 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu.		2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo, 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem, 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. **2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo, 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo, 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny), 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) Niestabilna choroba wieńcowa; 5) Przewlekła niewydolność oddechowa; 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek; 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby; 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby; 10) Ciąża lub karmienie piersią- możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-e 11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (poza rakiem in situ szyjki macicy, nieczerniakowymi nowotworami skóry); 12) Powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego). 13) Stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Podczas oceny skuteczności terapii indukcyjnej należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie je rozpocząć. 1) Infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;		wykonać w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo, 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem, 3) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. **2.5. Optymalizacja leczenia** W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, tofacytynibem lub ustekinumabem, 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. **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,

b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI. 2) Wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni; b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo. 3) Tofacytynib a) terapia indukcyjna: 8 tygodni; b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo. 4) Ustekinumab a) terapia indukcyjna: 8 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej); b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo. Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.		z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 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. Zakończenie leczenia w programie Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-2. 1) Stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI; 2) Wystąpienie poważnych działań niepożądanych leczenia;		

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem albo octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy spełniający poniższe kryteria: 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza; 2) 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 3; 3) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml; a) **w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów:** – 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), – wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy,	**1. Dawkowanie w opornym na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu** **Apalutamid:** Zalecana dawka wynosi 240 mg (cztery tabletki po 60 mg) i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH. Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.	**1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia; 3) scyntygrafia kośćca (badanie aktualne); 4) obrazowanie (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – aktualne wyniki badań); 5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

albo

b) **w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego z przerzutami przed stosowaniem chemioterapii:**

– lub wystąpienie objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych,

– zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,

– nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);

albo

c) **w przypadku leczenia raka gruczołu z przerzutami w trakcie lub po stosowaniu chemioterapii z udziałem docetakselu:**

– lub wystąpienie objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;

4) stan sprawności 0-1 według klasyfikacji ECOG;

5) wiek powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem albo octanem abirateronu w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.

W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

Darolutamid:

Zalecana dawka to 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 chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.

Enzalutamid:

Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.

Octan abirateronu:

Zalecana dawka wynosi 1000 mg i jest stosowana

1.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;

2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;

3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;

4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej.

5) Ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu).

1.3. 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 rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ (informacje

1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) obecność przerzutów odległych (cecha M1) - wymaganie bezwzględne tylko w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów;
2) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
3) ciężka niewydolność nerek (wymagane w przypadku apalutamidu albo enzalutamidu) lub ciężkie zaburzenia wątroby zgodnie z zapisami ChPL;
4) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
5) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6) rozpoznanie raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego;
7) wcześniejsze leczenie z zastosowaniem:
   a) inhibitorów CYP17,
   b) enzalutamidu albo apalutamidu albo darolutamidu,
   c) radiofarmaceutyków,
   d) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu),
8) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia (wymagane w przypadku apalutamidu albo enzalutamidu);
9) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu);
10) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu).

1.4. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie przerzutów do kości ocenione za pomocą scyntygrafii i potwierdzone dodatkowym badaniem obrazowym (tomografia komputerowa

jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie organizmu na abirateron).

Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.

2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.

Dawka leku nie może być modyfikowana.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.

Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:

przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badania laboratoryjne wykonuje się maksymalnie na 2 tygodnie przed kwalifikacją do programu, badania obrazowe (z wyjątkiem scyntygrafii) na 2 miesiące przed kwalifikacją do programu, scyntygrafię wykonuje się maksymalnie na 3 miesiące przed kwalifikacją pacjenta do programu.
2) w ramach kwalifikacji pacjenta do programu wykonuje się następujące badania:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenie stężenia PSA,
   c) oznaczenie w surowicy stężenia: bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej, testosteronu,
   d) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),
3) scyntygrafia kości,
4) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy,
5) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej.

lub rezonans magnetyczny) - **wymaganie bezwzględne tylko w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) w sytuacji niejednoznacznego wyniku scyntygrafii kości;**

2) wystąpienie progresji choroby ustalone na podstawie klasyfikacji RECIST;

3) progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml;

4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid albo octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

6) pogorszenie stopnia sprawności, według klasyfikacji ECOG, do stanu 2, 3 lub 4;

7) rezygnacja świadczeniobiorcy.

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

2.1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:

1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego;

2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) w wyniku prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane)

lub

po wykonanej kastracji chirurgicznej;

3) progresja po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia systemowego (innych niż analogi LHRH) z powodu przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w tym leczenie docetakselem ukończone

a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC,

b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań,

c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie,

d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania.

2.2. Monitorowanie leczenia

1) w ramach monitorowania leczenia w programie każdorazowo przed podaniem kolejnej dawki leku wykonuje się następujące badania:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie w surowicy stężenia bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej,

c) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

2) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;

3) po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku, jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1);

4) inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

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

co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223 przyjmował octan abirateronu z prednizonem/prednizolonem, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp między podaniem ostatniej dawki octanu abirateronu z prednizonem/prednizolonem, a pierwszej dawki dichlorku radu-223. Dopuszcza się zastosowanie dichlorku radu-223 bez zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia systemowego pod warunkiem braku możliwości zastosowania innej metody leczenia systemowego, co oznacza obecność przeciwwskazań medycznych; 4) progresja nowotworu definiowana jest jako: a) wzrost stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, w tym co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi wynosić powyżej 2 ng/ml lub b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych; 5) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości; 6) bóle kostne wymagające: a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego lub b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223; 7) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej; 8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG; 9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej; 10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,0 \times 10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$,		internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN; 12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN; 13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN; 14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 4.4., zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu pacjenta z programu. **2.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry); albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji; 2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii); 3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu; 4) jednoczesne stosowanie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analog LHRH); 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagająca zaopatrzenia miejscowego		

lub radioterapii (leczenie dichlorkiem radu Ra-223 może zostać podjęte po skutecznym zakończeniu leczenia miejscowego); 6) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym; 7) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących: a) niekontrolowana infekcja, b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA, c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego, d) mielodysplazja szpiku; 8) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 9) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223. **2.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów: 1) wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności hematologicznej tj. neutropenii lub trombocytopenii w stopniu 3 lub 4 wg CTC, utrzymujące się pomimo podjętego leczenia objawowego przez okres powyżej 14 dni lub utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni; 2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego - z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe; 3) progresja choroby definiowana jako: a) progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która		

musi być większa 5 ng/ml oraz b) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej; 4) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, która nie może zostać zaopatrzona miejscowo lub której zaopatrzenie wymagałoby opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie; 6) jakiekolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223.		

Załącznik B.57.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10 I61, I63, I69)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox albo Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6 i/lub 1,2,4,5,6. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6. 1) Wiek od 18 roku życia; 2) Pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala; 3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 6) Brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w	**1. Dawkowanie Botulinum A toxin ā 100 j. (Botox), Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin ā 100 j. (Xeomin)** Podczas jednej sesji leczenia nie powinno się przekraczać maksymalnych dawek leku dla poszczególnych kończyn oraz maksymalnej dawki jednorazowej na sesję. Maksymalne dawki na sesję (według zaleceń polskich i europejskich oraz odpowiednich aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych): a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.), b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.), c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna). Lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z Charakterystyką Produktów Leczniczych lub z opublikowanymi rekomendacjami grupy ekspertów PTN oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego (wybór mięśni i dawek w zależności od aktualnego stanu klinicznego i funkcjonalnego ocenionego przez lekarza).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/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** Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się: 1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania

Charakterystyce Produktu Leczniczego. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Liczba podań leku i czas leczenia zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki. **3. Podawanie leku w ramach programu** 1) O liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni; 2) Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego terapię. **4. Kryteria wyłączenia z programu**	Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii (USG).	kolejnych dawek leku; 2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS; 5) 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 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.

1) Brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch kolejnych dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych; 2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania; 6) Ciąża lub karmienie piersią; 7) Potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku; 9) Wszczepienie pompy baklofenowej; 10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy); 11) Powstanie oporności na lek.		

Załącznik B.58.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PRZEŁYKU I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE RAKA PRZEŁYKU		
W programie finansuje się jedną linię leczenia raka przełyku substancją: 1) **niwolumab**. Leczenie zaawansowanego raka przełyku obejmuje: 1) leczenie **niwolumabem** w monoterapii dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych platyny w skojarzeniu z fluoropirymidyną (II linia leczenia). **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka przełyku** 1) potwierdzony rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym; 2) niepowodzenie chemioterapii pierwszej linii opartej na pochodnej platyny i fluoropirymidynie: a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia	**1. Leczenie niwolumabem** Maksymalna dawka **niwolumabu**: 240 mg co 2 tygodnie. Modyfikacja dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia raka płaskonabłonkowego przełyku; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczanie stężenia glukozy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie poziomu sodu, potasu; 9) oznaczenie poziomu T3, T4 i TSH; 10) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej; 13) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

lub b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii; 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 4) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej; 10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia zaawansowanego raka przełyku 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. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia glukozy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu; 8) oznaczenie poziomu TSH, T3, T4; 9) EKG. Badania należy wykonywać co 4 – 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni w zależności od sytuacji klinicznej. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2. Czas leczenia zaawansowanego raka przełyku w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Podczas stosowania niwolumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wyłączenia z leczenia zaawansowanego raka przełyku w programie** 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 (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia; 5) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 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		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.

Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku.		
LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA		
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka żołądka substancjami: 1) **trastuzumab**; 2) **ramucyrumab**. Leczenie **zaawansowanego raka żołądka** obejmuje: 1) leczenie **trastuzumabem** w skojarzeniu z **cisplatyną** i **fluorouracylem** lub **cisplatyną** i **kapecytabiną** w przypadku pacjentów, u których brak stosowania w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka (I linia leczenia); 2) leczenie **ramucyrumabem** w skojarzeniu z **paklitakselem** w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i fluoropirymidyną (II linia leczenia). **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka żołądka** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka (trastuzumab albo ramucyrumab) lub połączenia przełykowo-żołądkowego (ramucyrumab);	**1. Leczenie trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną** **Trastuzumab** stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg. Chemioterapia rozpoczynana jest w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów: 1) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m^2 na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie; 2) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m^2 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu. W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1.** Badania ogólne: 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka (trastuzumab albo ramucyrumab) lub połączenia przełykowo-żołądkowego (ramucyrumab); 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 (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni w przypadku leczenia trastuzumabem) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych; 9) tomografia komputerowa jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni w przypadku leczenia trastuzumabem) i miednicy (wyłącznie w przypadku leczenia ramucyrumabem); 10) EKG; 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

3) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) – dotyczy leczenia trastuzumabem; 4) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 5) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka – dotyczy leczenia trastuzumabem; 7) udokumentowana obiektywna radiologiczna lub kliniczna progresja choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i fluoropirymidyną – dotyczy leczenia ramucyrumabem; 8) wartość LVEF co najmniej 50% - dotyczy leczenia trastuzumabem; 9) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 11) brak przeciwwskazań do zastosowania trastuzumabu lub ramucyrumabu i ewentualnej chemioterapii stosowanej w skojarzeniu; 12) nieobecność klinicznie objawowych przerzutów do OUN - dotyczy leczenia trastuzumabem; 13) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia ramucyrumabem; 14) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie	chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę lub odwrotnie). **2. Leczenie ramucyrumabem w skojarzeniu z paklitakselem** Maksymalna dawka **ramucyrumabu**: 8 mg/kg, podawana przed paklitakselem we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni. Maksymalna dawka paklitakselu: 80 mg/m2, podawana we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni. Przed podaniem ramucyrumabu we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhydraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie, w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Premedykacja przed podaniem paklitakselu powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną. Modyfikacje dawek ramucyrumabu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Modyfikacje dawek paklitakselu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1.2.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia **trastuzumabem**: 1) badanie immunohistochemiczne potwierdzające nadekspresję receptora HER2; 2) oznaczanie stężenia glukozy; 3) oznaczenie poziomu sodu, potasu i wapnia; 4) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); 5) ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI; 6) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). **1.3.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia **ramucyrumabem:** 1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR; 2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); 3) badanie ogólne moczu (jeśli w wyniku badania stwierdza się obecność białka na co najmniej 2+ należy zlecić 24-godzinną zbiórkę moczu); 4) pomiar ciśnienia tętniczego. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny;

Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej; 15) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia zaawansowanego raka żołądka 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. Czas leczenia zaawansowanego raka żołądka w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii. Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną stosowanej w skojarzeniu z trastuzumabem wynosi 6. W przypadku czasowego przerwania podawania ramucyrumabu z jakiejkolwiek przyczyny odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami nie może być większy niż 8 tygodni. **3. Kryteria wyłączenia z leczenia zaawansowanego raka żołądka w programie** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;		3) oznaczanie stężenia glukozy – dotyczy leczenia trastuzumabem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie poziomu sodu, potasu i wapnia – dotyczy leczenia trastuzumabem; 8) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia ramucyrumabem; 9) EKG w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia ramucyrumabem. Badania wykonuje się: 1) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu; 2) przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia ramucyrumabem; 3) dodatkowo przed podaniem każdej dawki paklitakselu badania w ppkt. 1), 4), 5) i 6). 4) dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenie ramucyrumabem. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. Leczenie trastuzumabem** 1) EKG i ECHO lub MRI w 3. oraz 6. miesiącu i następnie w przypadku wskazań klinicznych; 2) tomografia komputerowa jamy brzusznej oraz RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej, co 3 miesiące lub

2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia; 5) obniżenie sprawności: a) do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – dotyczy terapii skojarzonej z trastuzumabem, b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – dotyczy terapii z wykorzystaniem ramucyrumabu; 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. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;		w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej); 3) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej niż co 6 miesięcy. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. **3.2. Leczenie ramucyrumabem** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: 1) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy, a w przypadku raka połączenia przełykowo- żołądkowego również klatki piersiowej, oraz innych okolic w zależności od wskazań klinicznych; zalecane jest wykonanie badania KT z kontrastem dożylnym; 2) RTG klatki piersiowej, jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane). Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. **Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

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

Załącznik B.59.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz: – brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo ii. nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; 2) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;	**1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. **2. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) ocena obecności mutacji BRAF V600; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) elektrokardiogram (EKG); 9) badania laboratoryjne: a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i

3) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
4) wiek ≥ 18 lat;
5) rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
7) antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;
8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
9) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
10) brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem

1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz;Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia.

3. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.

4. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.

całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

c) badanie ogólne moczu.

1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem

1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) ocena obecności mutacji BRAF V600;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) oznaczenia stężenia kreatyniny;
5) oznaczenie stężenia bilirubiny;
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
7) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);
10) elektrokardiogram (EKG);
11) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);
12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;
14) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;

2) rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia; 3) wiek ≥ 18 lat; 4) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 5) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem** 1) rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku; 2) wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni; 3) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka;		15) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 16) ocena przedmiotowa całej skóry; 17) badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych; 18) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 19) badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); diagnostykę obrazową wykonuje się: a) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji, b) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji,

7) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) brak innego aktywnego nowotworu złośliwego; 9) brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie; 10) brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** 1) rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry; 2) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 3) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 7) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms;		c) w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. 2) badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się: a) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni; 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) ocena zdarzeń niepożądanych. Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu. **2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

8) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; 9) brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych; 10) brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie; 11) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii; 12) wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry; 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** **2.1. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg. RECIST) pod następującymi warunkami: 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach, 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku,		1) ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni; w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 2) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni; 3) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 4) ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna); 5) elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania; 6) badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni; 7) pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek; 8) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;

3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii. W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem. **2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.3. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.4. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** **3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z**		9) badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań. **3. Kontrola „follow-up" pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone** 1) kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu: a) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; b) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; c) dermatoskopia nowych zmian skórnych; d) kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4; e) scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy); f) zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego. 2) następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej; 3) następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu: a) ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym; b) dermatoskopia nowych zmian;

ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka 1) progresja choroby; 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem; 4) brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 10 mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni; 5) istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta; 6) objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu; 7) wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną; 8) wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak: a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2, b) zapalenie jelita grubego stopnia 4, c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN, d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze: i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN, ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie		c) kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej; 9) wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4; 10) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu; 11) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **3.2. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby; 2) toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria); 3) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 4) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 6) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie; 7) ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**		

1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby; 2) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 5) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie. **4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii** Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.		

Załącznik B.61.

LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. do leczenia 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 cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu** 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);	**1. Dawkowanie cysteaminy w postaci doustnej** Zalecana dawka dobowa cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m^2 powierzchni ciała / dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobowa leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m^2 powierzchni ciała/dobę. **2. Dawkowanie cysteaminy w postaci roztworu kropli do oczu** Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPAT, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żylnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

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. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie; 3) nadwrażliwość na penicylaminę; 4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych;	Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).	13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.; 14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Raz na 90 dni:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo; 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żylnej; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. **2.2. Raz na 180 dni:** 1) stężenie TSH, fT4; 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej. **2.3. Raz na 365 dni:** 1) USG jamy brzusznej; 2) konsultacja neurologiczna;

7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.		3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.62.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg) **3. Dawkowanie** Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego. **IVIg** (podanie dożylne) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.

3. Określenie czasu leczenia w programie

1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami miedzy infuzjami produktu leczniczego.

Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,
3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.

2. Monitorowanie leczenia

1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.64.

LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu**: 1) objawy pseudo-tumor cerebri; 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej; 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci. O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań. **3. Kryteria wyłączenia** 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) pseudo-tumor cerebri; 3) cukrzyca; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy; 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca; 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała; 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe; 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych; 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci		konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu: a) test z insuliną, b) test z klonidyną, c) test z glukagonem, d) test z levodopą; 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI); 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne; 23) USG jamy brzusznej; 24) USG serca; 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar glikemii na czczo;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3 Co 365 dni** 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: a) USG jamy brzusznej, b) USG klatki piersiowej, c) konsultacja ortopedyczna, d) konsultacja okulistyczna, e) konsultacja neurologiczna, f) konsultacja hemato-onkologa, g) konsultacja genetyczna, h) konsultacja psychologiczna, i) TK, j) MRI, k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1: a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni; 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.65.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. DAZATYNIB		
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych **1.1.** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których: 1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzone jest leczenie podtrzymujące lub 3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej lub	**1. Dawkowanie** Dazatynib należy podawać w dawce 140 mg na dobę doustnie, do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość modyfikowania dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina; 4) badanie cytologiczne szpiku; 5) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. **1.2. Monitorowanie leczenia** Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie: 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina; Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytologiczne szpiku;

5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie lub 7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Do programu włączani są również pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+), którzy uprzednio byli leczeni dazatynibem w ramach chemioterapii niestandardowej oraz nowo zdiagnozowani pacjenci, którzy rozpoczęli terapię w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 marca 2015 r. i rozpoczynając leczenie spełniali kryteria kwalifikacji do programu. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) u chorych niepoddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby; 2) u chorych poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu uzyskania całkowitej odpowiedzi molekularnej, a następnie rozważyć kontynuowanie leczenia przez kolejne dwa lata lub do czasu progresji choroby. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu; 2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem.		2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.

II. PONATYNIB		
2. Leczenie ponatynibem chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia (Ph+) (ICD - 10 91.0) **2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ponatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których: 1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzono utrzymywanie się dodatniej minimalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania dazatynibu lub 2) wystąpiła wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania dazatynibu lub 3) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono nietolerancję dazatynibu uniemożliwiającą jego dalsze stosowanie lub 4) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono wystąpienie mutacji T315I genu BCR-ABL Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie**	**2. Dawkowanie** Ponatynib należy stosować w dawce 45 mg na dobę doustnie. Do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość redukcji dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.	**2. Badania** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem, 2) AspAT, AlAT, 3) bilirubina, 4) lipaza, 5) lipidogram (cholesterol całkowity, trójglicerydy, HDL, LDL) 6) badanie cytologiczne szpiku, 7) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne; **2.2. Monitorowanie leczenia** Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie: 1) morfologia krwi, 2) AspAT, AlAT, 3) bilirubina, 4) lipaza, 5) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytologiczne szpiku,

1) u wszystkich chorych leczonych ponatynibem należy dążyć do wykonania możliwie szybko transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego; leczenie ponatynibem należy zakończyć przed transplantacją, 2) w przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) u chorych włączonych z powodu oporności na dazatynib lub nawrotu hematologicznego – brak całkowitej remisji po 3 miesiącach leczenia ponatynibem, 2) wystąpienie objawów nietolerancji ponatynibu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, 3) progresja choroby w trakcie leczenia ponatynibem.		2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.
III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)		
3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia **3.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, w pierwszej lub drugiej całkowitej remisji ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową większą lub równą 0,1%, w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie: 1) ukończony 18 rok życia;	**3. Dawkowanie** Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**3. Badania** **3.1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}; 2) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

2) obecność limfoblastów z ekspresją CD19 przy rozpoznaniu; 3) brak uprzedniej transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych; 4) zastosowane co najmniej 3 schematy standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG); 5) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność < 5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/mikrolitr, płytki krwi ≥ 50 000/mikrolitr i stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl); 6) obecność minimalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD ≥ 10^{-3}). Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych stosuje się jeden cykl leczenia Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w		**3.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem** Po cyklu leczenia: 1) morfologia krwi; 2) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}.

Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni		
IV. BLINATUMOMAB		
4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych **4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia** Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: 1) Brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony, 3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie	**4. Dawkowanie** Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**4. Badania** **4.1. Badania przy kwalifikacji** 1) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej; 2) potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 3) potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 4) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN. **4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem** Po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) morfologia krwi;

objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem. **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną. Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) brak pozaszpikowych ognisk choroby. (UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych). Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.		2) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej; 3) ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immuno-fenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 4) ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi.

4.3. Kryteria wyłączenia z programu 1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni; 2) Brak remisji hematologicznej po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem. Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 3) Karmienie piersią.		
V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY		
5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych **5.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 >1%, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG: 1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, b) wznowa hematologiczna choroby; 2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:	**5. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**5. Badania** **5.1.** Badania przy kwalifikacji 1) Morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT; 3) Bilirubina; 4) Kreatynina; 5) APTT, PT, fibrynogen; 6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego; 7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22; 8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe

a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji, b) wznowa hematologiczna choroby po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji. **5.2.** Określenie czasu leczenia w programie 1) U chorych, u których planowane jest leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia. 2) U chorych, u których nie jest planowane leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia. **5.3.** Kryteria wyłączenia z programu 1) Wystąpienie objawów nietolerancji inotuzumabu ozogamycyny 2) Karmienie piersią 3) Progresja w trakcie leczenia inotuzumabem ozogamycyny 4) Brak remisji całkowitej (CR) lub remisji całkowitej z niepełną regeneracją hematopoezy (CRi) po 3 cyklach leczenia		materiału tkankowego innego niż szpik lub krew, jeżeli stwierdza się pozaszpikowe nacieki białaczkowe, a nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych w krwi. **5.2.** Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny **A.** W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu: 1) Morfologia krwi 2) AspAT, AlAT 3) Bilirubina **B.** Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia: 1) Morfologia krwi 2) AspAT, AlAT 3) Bilirubina **C.** Po każdym cyklu leczenia: 1) Badanie cytologiczne szpiku kostnego 2) Badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.

VI. BLINATUMOMAB (DZIECI)		
6. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia u dzieci **6.1.** Do leczenia kwalifikowane są dzieci (≥ 1 r.ż.) z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: 1) brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby; 2) Wystąpienie wznowy hematologicznej lub brak molekularnej remisji choroby (MRD>10^{-4} po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia) 3) Wystąpienie wznowy hematologicznej po wcześniejszej allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych 4) Wcześniejsza kwalifikacja do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. Do programu kwalifikowane są również niemowlęta i dzieci do 1. roku życia z wrodzoną ostrą białaczką limfoblastyczną, w przypadku wznowy lub braku molekularnej remisji choroby. Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u	**6. Dawkowanie** Masa ciała pacjenta większa lub równa 45 kg (stała dawka): 1 cykl: dni 1-7: 9 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji, dni 8-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji, dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu 2 cykl: dni 1-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji Masa ciała pacjenta poniżej 45 kg (dawka oparta na pc.): 1 cykl: dni 1-7: 5 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 9 mikrogramów/ dobę), dni 8-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę), dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu 2 cykl: dni 1-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę) W przypadku pacjentów poniżej 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w ChPL w leczeniu dzieci i młodzieży od 1. roku życia aktualną na dzień	**6. Badania** **6.1. Badania przy kwalifikacji** 1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej. Ocena minimalnej choroby w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}; 2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immuno-fenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 3) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu. **6.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem** Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych. Po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) Morfologia krwi;

których nie ma przeciwwskazań do wykonania allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu blinatumomabem. **6.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia; 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję. Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) brak pozaszpikowych ognisk choroby. (UWAGA: przy definiowaniu remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych) Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **6.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni; 2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:	wydania decyzji.	2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej; 3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy.

a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.		
VII. TISAGENLECLEUCEL		
7. Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. **7.1.** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci w wieku do 25 lat **z nawrotową/oporną** ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) z komórek B, u których spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków (7.1.1-7.1.5) **oraz wszystkie kryteria funkcjonalne** (punkt 7.1.6): 1) drugi lub kolejny nawrót w szpiku kostnym; 2) nawrót (w szpiku kostnym) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelu; 3) 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 ALL; 4) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI; 5) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującgo przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT.	**7. Dawkowanie** Schemat dawkowania tisagenlecleucelu zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Tisagenlecleucel musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem. **7.1. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego** Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.	**7. Badania** **7.1. Badania przy kwalifikacji do programu lekowego:** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy); 4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens kreatyniny); 5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) 8) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia

6) kryteria funkcjonalne pacjenta muszą być spełnione łącznie: a) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m^2 albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci); b) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku; c) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl; d) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu; e) stan sprawności wg skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat) ≥50; f) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu. **7.2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **7.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania tisagenlecleucelu. **7.4. Przeciwskazania do włączenia do programu:** 1) ciąża lub karmienie piersią; 2) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL 3) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL; 4) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 5) zakażenie HIV;		wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV); 12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, fibrynogen, D-dimery) 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG; 14) EKG i ECHO/MUGA. **7.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu** 1) białka ostrej fazy (CRP, ferrytyna); 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak wyżej); 3) ocena funkcji nerek (jak wyżej); 4) ocena funkcji wątroby (jak wyżej); 5) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie). **7.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu:** 1) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT,

6) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C; 7) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych 8) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4 9) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.		aPTT, INR, fibrynogen); 2) morfologia krwi obwodowej; 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): CRP, ferrytyna, LDH, D-dimer, **7.4. Monitorowanie leczenia** A. Monitorowanie bezpieczeństwa po podaniu CAR-T: 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS. 2) w przypadku podejrzenia i/lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: CRP, ferrytyna, fibrynogen, LDH, PT, aPTT, INR oraz D-dimer (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 i badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, elektrolity) - co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania leku, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej; B. Monitorowanie skuteczności terapii: 1) W pierwszym roku od podania

		tisagenlecleucelu co miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące: – morfologia krwi z rozmazem; – badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego. 2) W pierwszym roku od podania tisagenlecleucelu co 3 miesiące: – ocena cytologiczna, cytometryczna i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego; – ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); – oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG.
		8. 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.66.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI SKÓRNE T – KOMÓRKOWE (ICD – 10: C 84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
Część I. BEKSAROTEN W LECZENIU CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPÓŁ SÉZARY'EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu 1) Do leczenia beksarotenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: a) wiek ≥ 18 lat, b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego, c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary'ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania histopatologicznego skóry), d) stadium zaawansowania choroby określone jako I B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC) oraz jedno 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) w pierwszej linii, lub c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym.	**Dawkowanie** 1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. 2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m^{2}p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^{2}p.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie glukozy we krwi; 4) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej 5) stężenie TSH oraz fT4; 6) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL); 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją) 8) EKG z opisem; 9) określenie TNMB i mSWAT; 10) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): a) morfologia krwi,

2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) przez okres leczenia i do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów toksyczności w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do kontynuacji leczenia; 5) ciąża, okres karmienia piersią. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.		b) stężenie kreatyniny, c) stężenie glukozy we krwi, d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej e) stężenie TSH oraz fT4, f) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL), g) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych. 2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT. **Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **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. 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
Część II. BRENTUKSYMAB VEDOTIN W LECZENIU CHORYCH NA SKÓRNEGO CHŁONIAKA T-KOMÓRKOWEGO (ICD-10: C 84)		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu lekowego kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: a) wiek ≥ 18 lat, b) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG, c) pacjenci z potwierdzonym histopatologicznie skórnym chłoniakiem T-komórkowym (ziarniniak grzybiasty - MF lub pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek - pcALCL), d) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w MF lub jednej biopsji zmian w pcALCL e) stadium zaawansowania choroby określone jako IB lub powyżej w przypadku MF, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC), oraz jedno z poniższych kryteriów: a) progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA lub	**Dawkowanie** Dawkowanie brentuksymabu vedotin w terapii skórnego chłoniaka T-komórkowego - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**1. Badania przy kwalifikacji do terapii brentuksymabem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie kreatyniny; 5) określenie TNMB i mSWAT 6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej 7) udokumentowanie obecności antygenu CD30+ w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 8) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) b) morfologia krwi z rozmazem; c) stężenie kreatyniny; d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), stężenie bilirubiny całkowitej 2) raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT;

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA U chorych na MF w stadium zaawansowania IIB lub wyższym z progresją lub nawrotem choroby można zastosować brentuksymab vedotin niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Chorzy mogą otrzymać maksymalnie 16 cykli leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) toksyczność wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 4) podanie 16 cykli leczenia; 5) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia; 6) ciąża, okres karmienia piersią.		3) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb 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.

Załącznik B.67.

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej. Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami: **1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)** 1) potwierdzona**:** a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)** 1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej**.** **1.3. Miastenia (MG)** przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);	**1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:** **1.1.** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni. **1.2.** Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni. W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie. **2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:** Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.

3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa** udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe** w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. **1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe.	tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień. Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy. Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu: a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; oraz 5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **2.3.** W przypadku **leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną** każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT;

1.7. Choroba Devica (NMO)

1) potwierdzona wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,
   b) badania potencjałów wzrokowych,
   c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),
   d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym

1) potwierdzone wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu,
   b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,
   c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia:

1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu

lub

2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia.

W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.

podjąć w przypadku ich wystąpienia,

d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,
e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.

oraz

5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.

3. Monitorowanie programu

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

Załącznik B.70.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI SIATKÓWKI (ICD-10: H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PLAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD)		
1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego;	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. Dawkowanie afliberceptu** 1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, następnie odstęp pomiędzy dawkami wydłuża się do dwóch miesięcy; 3) na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać dwumiesięczny lub może zostać bardziej wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend" („lecz i wydłużaj"), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu

7) brak dominującego wylewu krwi;

8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

tygodnie na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych. W przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych należy odpowiednio skrócić odstęp między kolejnymi dawkami;

4) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

2.1. Dawkowanie ranibizumabu

1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;

przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

1.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:

a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,

b) OCT (optyczna koherentna tomografia),

c) opcjonalnie - fotografia dna oka,

d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;

2) OCT (optyczna koherentna tomografia);

1.4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
4) okres ciąży lub karmienia piersią;
5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące

   lub

   b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);
8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;
9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;
3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;
4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;
5) u pacjentów leczonych według schematu „treat-and-extend" („lecz i wydłużaj") odstępy czasowe pomiędzy dawkami po osiągnięciu maksymalnej ostrości wzroku i (lub) braku cech aktywności choroby można stopniowo wydłużać, aż do wystąpienia cech aktywności choroby lub pogorszenia widzenia. Odstępy między dawkami należy jednorazowo wydłużać o dwa lub cztery tygodnie. Jeśli aktywność choroby nawróci, odstępy pomiędzy dawkami należy odpowiednio skracać;
6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej
3) fotografia dna oka;
4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;
5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

2.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;
2) wiek powyżej 45. roku życia;
3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);
4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;
6) brak dominującego zaniku geograficznego;
7) brak dominującego wylewu krwi.
8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem

3.1. Dawkowanie brolucizumabu

1) zalecana dawka brolucizumabu wynosi 6 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) leczenie brolucizumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia co 4 tygodnie (miesiąc) (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem

3.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
3) fotografia dna oka;
4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;
5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert

przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
4) okres ciąży lub karmienia piersią;
5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące

   lub

   odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu);
   3) odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami leku może zostać wydłużony do 12 tygodni (3 miesięcy) (tj. co najmniej 84 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) u pacjentów z brakiem aktywności choroby ocenianej 2 miesiące od serii 3 dawek nasycających leku;
   4) lekarz prowadzący może następnie indywidualnie ustalać odstępy pomiędzy dawkami (wydłużać lub skracać minimalnie do 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) w zależności od aktywności choroby ocenianej na podstawie ostrości wzroku i (lub) parametrów anatomicznych;
   5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
      a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

      lub

      b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

      Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

3.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem brolucizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

4. Monitorowanie programu

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);

8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;

9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

3.1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;

2) wiek powyżej 45. roku życia;

3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);

4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);

5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;

6) brak dominującego zaniku geograficznego;

7) brak dominującego wylewu krwi;

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

4. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);

2) rozerwanie siatkówki;

3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany;

4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);

5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku afliberceptu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu i brolucizumabu – od pierwszego roku leczenia).

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **3.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 Małe zabiegi witreoretinalne lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu. **3.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3.4. Kryteria wyłączenia**	**5. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem** W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku: a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, b) łącznie – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za brak skuteczności terapii należy uznać: 1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu; lub 2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce	

1) nadwrażliwość na brolucizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji brolucizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).	w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.	
B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)		
1. Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki aflibercept em, bewacyzumabem, deksametazonem w postaci implantu oraz ranibizumabem Kwalifikacja do programu lekowego przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy pacjent uprzednio nie był leczony z powodu cukrzycowego obrzęku plamki.	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie bewacyzumabu**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia);

Leczenie pierwszorazowych pacjentów lub pacjentów leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu.

Pacjenci leczeni uprzednio komercyjnie lub w ramach JGP B84, lub pacjenci leczeni w programie lekowym wymagający zmiany leku mogą być włączeni do programu, lub może być dokonana zmiana leku przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki (powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) na wniosek lekarza prowadzącego, po wprowadzeniu niezbędnych danych w SMPT i udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia.

Potwierdzeniem wykonania 5 iniekcji leku anty-VEGF będzie zaświadczenie od lekarza prowadzącego wyszczególniające czas wykonania poszczególnych iniekcji w przypadku pacjentów pierwszorazowych, które wraz z pozostałą dokumentacją medyczną należy złożyć w systemie SMPT do decyzji Zespołu Koordynacyjnego.

W przypadku kontynuacji leczenia należy udokumentować ostatnie dwa lata leczenia w postaci zaświadczenia.

W przypadku braku stosownych zaświadczeń leczenie należy kontynuować w programie traktując pacjenta jako pierwszorazowego lub w kontynuacji leczenia bewacyzumabem.

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

1.1. Kryteria kwalifikacji

1) Obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozlana), CME - postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);
2) Wiek powyżej 18 roku życia;
3) Najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
4) Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;

1) Zalecana dawka bewacyzumabu wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) Leczenie bewacyzumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez pięć kolejnych miesięcy, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu); w przypadku wcześniejszego leczenia pacjenta bewacyzumabem poza programem lekowym – schemat leczenia należy dostosować do etapu leczenia, na którym znajduje się pacjent;
3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3 po pierwszych 12 miesiącach leczenia bewacyzumabem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;
4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
5) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania

3) Fotografia dna oka;
4) Angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa) - w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania wraz z uzasadnieniem należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i w rejestrze SMPT do wglądu Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;
5) W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu;
6) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy.

2. Monitorowanie leczenia

1) Badania przeprowadzane przed każdym podaniem (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz

5) Stężenie HbAIc ≤ 9% w przypadku kontynuacji leczenia afliberceptem/ranibizumabem lub deksametazonem;
6) Leczenie bawacyzumabem należy rozpocząć bez względu na poziom HbAIc, jeżeli po 5 dawkach bewacyzumabu poziom HbAIc >9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbAIc ≤ 9% kiedy można zmienić lek po decyzji Zespołu Koordynacyjnego w przypadku nieskuteczności leczenia;
7) Brak dominującej błony przedsiatkówkowej;
8) Brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;
9) Brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;
10) Brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego;
11) Brak neowaskularyzacji tęczówki;
12) Brak jaskry neowaskularnej;
13) Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowego;
14) Brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;
15) Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak:
    a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),
    b) DRIL w obszarze poddołkowym,
    c) makulopatia niedokrwienna.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach JGP B84 lub w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja) lub u ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia bewacyzumabem.

1.2. Dawkowanie afliberceptu

1) Zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) Leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc w pięciu kolejnych dawkach, a następnie podaje się jedno wstrzyknięcie co dwa miesiące;
3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3. po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem w kontynuacji odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;
4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia pacjenta w programie lekowym, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
5) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni):
    a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
    b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
    c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
    d) opcjonalnie dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa);
2) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych co 6 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu.

3. Monitorowanie programu

1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom.

świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 1.4, gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu lub deksametazonu w postaci implantu: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w ust. 1.4 i 1.5. Po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych odbywa się ocena skuteczności odpowiedzi na terapię. Lekarz prowadzący zgłasza w rejestrze SMPT pacjenta do oceny skuteczności przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki lub wyłącza pacjenta z programu. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.	lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent; 6) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia afliberceptem. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. **1.3. Dawkowanie ranibizumabu** 1) Zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) Leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia; 3) Następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane	

Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki podejmuje decyzję w rejestrze SMPT o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, kontynuacji ze zmianą leku w programie lub wyłączeniu pacjenta z programu. Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują: a) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS), b) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o ≥20% w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 µm. Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie. Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku. Po 11 zastrzykach Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym. Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki zgłasza lekarz prowadzący. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia. **1.4. Kryteria przerwania terapii** 1) Czynne zakażenie oka lub jego okolic; 2) Zapalenie wnętrza gałki ocznej; 3) Okres ciąży i karmienia piersią;	przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych; 4) Odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie; 5) W przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni); 6) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. **1.4. Dawkowanie deksametazonu w postaci implantu** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Wstrzymanie podawania leku**	

4) Przedarciowe odwarstwienie siatkówki; 5) Wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie; 6) Wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy): a) dominująca błona przedsiatkówkowa, b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki, c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej, d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji, e) neowaskularyzacja tęczówki, f) jaskra neowaskularna, g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie. W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt 1-6 lekarz prowadzący może (nie później niż 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu). Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu. **1.5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Nadwrażliwość na bewacyzumab, aflibercept, ranibizumab lub deksametazon, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne); 3) Wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;	Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 4) brak aktywności choroby. O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu. **3. Zmiana leku podczas leczenia** Zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki.	

4) Progresja choroby definiowana, jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu < 0,2 określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu lub c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej.		

Załącznik B.71.

LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10 B 18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 r. ż.; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 4) obecność przeciwciał anty-HCV; 5) stwierdzenie włóknienia wątroby określonego z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określonego z wykorzystaniem biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające; 6) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem albo	**1. Sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. **2. Grazoprewir+elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **4. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej); 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. **2. Monitorowanie leczenia**

b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem albo c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo d) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A; 7) W przypadku niemożności oznaczenia genotypu z powodu niskiej wiremii należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir). **2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV; 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem; 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy); 5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 6) ciąża lub karmienie piersią;		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) na zakończenie leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową; 5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24, 28 lub 36 tygodniu terapii): a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG 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;

7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy) albo b) grazoprewiru z elbaswirem (o ile dotyczy) albo c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 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) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.73.

LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek: 18 i więcej lat; 2) nietrzymanie moczu z parć naglących; 3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: a) pogorszenie się czynności nerek lub b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących, lub c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku. W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie fizykalne: a) badanie brzucha, b) badanie przez pochwę lub per rectum, c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych); 2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia mocznika; 5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów); 6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan); 7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) celem wizyt kontrolnych jest: a) ocena skuteczności,

e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc): a) zaburzenia rytmu serca, b) zaburzenia pamięci, c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania, d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu; 8) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;		b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych, d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; 2) wizyty kontrolne według następującego schematu: a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania), b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o ≥ 50 % w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej); 2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania; 4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.		

Załącznik B.74.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: – badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włącznie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm^{-5} (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu** Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. **2. Monitorowanie leczenia** W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,

		eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia, 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.75.

LECZENIE CHORYCH NA AKTYWNĄ POSTAĆ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWE ZAPALENIE NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA); 3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia; 4) wysoka aktywność choroby (2.1.); 5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po	Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR; 11) przeciwciała anty-HCV; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) obecność antygenu HBs; 14) przeciwciała anty-HIV; 15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 16) stężenie immunoglobulin:

uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA). **2. Definicje** **2.1. Wysoka aktywność choroby to:** 1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy lub 2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. **2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:** 1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego lub 2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego lub 3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali		a) IgG, b) IgM, c) IgA; 17) EKG; 18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. **2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem** **2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:** 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 5) eGFR; 6) kreatynina. **2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 3) OB; 4) białko C-reaktywne (CRP); 5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);

BVAS/WG ≥ 3 w trakcie pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję lub 4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych. **2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:** 1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy lub 2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m^2 powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy lub 3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie) - w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów. Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku: a) upośledzenia funkcji nerek lub b) wieku > 60 lat lub c) polekowej cytopenii. **2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:** 1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę lub		6) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 7) EKG; 8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). **3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR; 11) przeciwciała anty-HCV; 12) obecność antygenu HBs; 13) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 14) EKG;

2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub 3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę lub 4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę - jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon ≤7,5 mg/dobę) lub 5) rutyksymab w leczeniu podtrzymującym należy podawać w dwóch wlewach dożylnych po 500 mg w odstępie dwóch tygodni, po których podaje się wlew dożylny 500 mg co 6 miesięcy. Pacjenci powinni otrzymywać ryruksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnieciu remisji (brak klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych). W przypadku pacjentów mogących podlegać większemu ryzyku nawrotu, lekarze powinni rozważyć dłuższy, trwający do 5 lat, czas leczenia podtrzymującego rytuksymabem. **2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:** 1) nadwrażliwość na cyklofosfamid; 2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu; 3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych; 4) czynne zakażenia; 5) ciąża. **2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:** 1) uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i		15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

niewymagających innej modyfikacji leczenia, stwierdzone podczas wizyty monitorującej skuteczność rytuksymabu po 6 miesiącu terapii. **3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów** Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu; 2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciąża; 4) okres karmienia piersią; 5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu; 6) infekcja wirusem HIV; 7) aktywna gruźlica; 8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C; 9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy;		

10) znaczne obniżenie odporności, m.in. a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl), lub b) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl); 11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat): a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi lub b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby; 12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca; 13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA. **5. Kryteria zakończenia leczenia w programie** Uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu. **6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie** Pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie, a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), jest włączany do programu bez wstępnej kwalifikacji.		

Załącznik B.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny; 3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 4) morfologia krwi, z płytkami krwi; 5) AlAT, AspAT; 6) bilirubina całkowita i frakcje; 7) fosfataza alkaliczna; 8) GGTP; 9) INR; 10) czas protrombinowy; 11) APPT; 12) białko całkowite, albuminy we krwi; 13) gazometria; 14) sód, potas, chlorki we krwi; 15) wapń, fosfor we krwi i moczu; 16) mocznik, kreatynina we krwi; 17) kwas moczowy we krwi i moczu; 18) kreatynina w moczu; 19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; 21) konsultacja dietetyczna.

		W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI CD30+ (C 81; C 84.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1.1.1. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający kryterium 1) albo 2) : 1) **nawrotowy lub oporny na leczenie HL:** a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. *autologous stem cell transplantation*, ASCT) lub b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia albo 2) **chory po ASCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby** definiowanym jako występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: – oporność na pierwszą linię leczenia – nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia – zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed ASCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30 a 45 dniem po ASCT)	Zalecana dawka u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Zalecana dawka u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Modyfikacja dawki zgodnie z zapisami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 4) stężenie kreatyniny; 5) stężenie glukozy; 6) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. **2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny; 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) stężenie glukozy. **3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami**

oraz 3) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej (dla pkt 1.1.1.1. a i b) 1.1.2. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie **układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL)** spełniający poniższe kryteria łącznie: 1) nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL; 2) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie. U chorych kwalifikowanych do programu wg kryterium 1.1.1.1. b. i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin wykonanie ASCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli. **1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) toksyczność według WHO powyżej 3; 3) progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;		TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu **4. Kryteria odpowiedzi na leczenie** Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie: 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) badanie obrazowe – TK lub PET/TK. **4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie *Bruce D. Cheson et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68.*):** 1) całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET; 2) częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o ≥50% w badaniu obrazowym; 3) stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <50%; 4) progresja choroby: wzrost wymiarów zmian ≥50% lub wystąpienie nowych zmian. **5. 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.

4) brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia dla pkt 1.1.1.1. a i b oraz 1.1. 2. (nawrotowy lub oporny na leczenie chłoniak Hodgkina oraz sALCL); 5) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 6) podanie szesnastu cykli leczenia w ciągu około roku; 7) ciąża.		

Załącznik B.79.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny; 4) parametry: a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub b) liczba punktów wg skali CIRS > 6; 5) stan sprawności według WHO: 1; 6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronić Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL); 7) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**	**Dawkowanie obinutuzumabu:** **1) Cykl 1.** Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia. **2) Cykl 2 - 6** Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu. Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1** Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej: 1) badanie na obecność antygenu CD20; 2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); 4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta; 5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS. **1.2** Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb; **1.3** Test ciążowy **2. Monitorowanie leczenia:** Przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie kwasu moczowego; 4) aktywność AST, ALT; 5) stężenie bilirubiny całkowitej.

1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; 2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy; 3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani. **3. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia. Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) obecność objawów ciężkiego zakażenia; 4) ciąża; 5) rezygnacja pacjenta;		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w Zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wg Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), lub Grupy Leczenia Białaczek u Osób Dorosłych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT PALG). **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.81.

LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10: D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie lekowym finansuje się leczenie mielofibrozy pierwotnej lub mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej lub nadpłytkowości samoistnej substancjami: 1) ruksolitynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej; 2) fedratynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni ruksolitynibem. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie: a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) albo b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) - zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2016 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik	**1. Dawkowanie** Dawkowanie i modyfikacja dawkowania: 1) ruksolitynibu; 2) fedratynibu odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) odpowiedniego leku.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: – poty nocne (≥4 pkt), – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), – bóle kostne (≥4 pkt), – świąd (≥4 pkt), – zmęczenie (≥4 pkt); 2) morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo; 3) aktywność transaminaz wątrobowych (AST, ALT); 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny w surowicy;

badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności: a) 0-2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) lub b) 1-2 wg WHO - w momencie włączenia do programu; 4) pacjenci z grupy ryzyka: a) pośredniego – 2 albo b) wysokiego - wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System); 5) splenomegalia (powiększenie śledziony ≥5 cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym; 6) liczba płytek krwi >50 tysięcy/µl; 7) wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), d) bóle kostne (≥4 pkt), e) świąd (≥4 pkt),		6) stężenie amylazy i lipazy – w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem; 7) stężenie tiaminy – w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem; 8) trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej); 9) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: – poty nocne (≥4 pkt), – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), – bóle kostne (≥4 pkt), – świąd (≥4 pkt), – zmęczenie (≥4 pkt); 2) morfologia krwi; 3) aktywność transaminaz wątrobowych (AST, ALT); 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny w surowicy;

f) zmęczenie (≥4 pkt); 8) brak wcześniejszej splenektomii; 9) brak współistniejących ciężkich chorób systemowych w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby – upośledzających istotnie stan ogólny pacjenta oraz ciężkich zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) w przypadku kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy, – stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy; b) w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		6) stężenie amylazy i lipazy – w przypadku leczenia fedratynibem; 7) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony; 8) stężenie tiaminy – w przypadku leczenia fedratynibem (do decyzji lekarza zarówno częstotliwość jak i konieczność wykonania badania). Częstość wykonywania badań: 1) morfologia krwi i parametry biochemiczne: a) w przypadku leczenia ruksolitynibem: – co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL, – co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby, b) w przypadku leczenia fedratynibem: – co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, a następnie w zależności od wskazań klinicznych; 2) wszystkie badania kontrolne: – po 3 miesiącach leczenia (za wyjątkiem USG jamy brzusznej), następnie – po 6 miesiącach leczenia, a następnie – nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia. **3. Monitorowanie programu**

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na substancję czynną leku lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża lub karmienie piersią. **3. 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 z programu, o których mowa w pkt 4. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ciąża; 2) brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako: a) w przypadku zastosowania ruksolitynibu lub fedratynibu u chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej: – brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia lub – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub – pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: i. 3 miesiącach leczenia lub ii. 6 miesiącach leczenia, lub iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, b) w przypadku zastosowania fedratynibu po wcześniejszym leczeniu ruksolitynibem: – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji do leczenia fedratynibem śledziony, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia lub – pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: i. 3 miesiącach leczenia, lub ii. 6 miesiącach leczenia, lub iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia; 3) nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 4) transformacja w ostrą białaczkę; 5) utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia.		

Załącznik B.82.

LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10: M46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 1.2. Do programu kwalifikuje się pacjentów: 1.2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz	**1. Dawkowanie** 1) Certolizumab pegol, etanercept, iksekizumab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: 1) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce; 2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej; przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów; 3) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów lub 1.2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)", u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego. 1.3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: 1.3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa:		15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych; 17) MR stawów krzyżowo-biodrowych. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za

1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm: a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi; b) w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 1.3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych: 1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni		pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

oraz 2) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 5) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: a) obraz kliniczny choroby, b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy, d) wyniki badań obrazowych, e) status aktywności zawodowej, f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia. 1.4. W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia		

biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 1.5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 3.1. W przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. 3.2. W przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów		

ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. **4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 4.1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 4.2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz dwóch inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab). 4.3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 4.4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 5.1. Brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C. 5.2. Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących. 5.3. Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.		

6. Czas leczenia w programie 6.1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 6.2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 6.3. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **7. Kryteria ponownego włączenia do programu** 7.1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 7.2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby. 7.3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.84.

LENALIDOMID W LECZENIU PACJENTÓW Z ANEMIĄ ZALEŻNĄ OD PRZETOCZEŃ W PRZEBIEGU ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH O NISKIM LUB POŚREDNIM-1 RYZYKU, ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ CYTOGENETYCZNĄ W POSTACI IZOLOWANEJ DELECJI 5q (D46)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z anemią zależną od przetoczeń (brak 8 kolejnych tygodni bez transfuzji w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, leczeni lenalidomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. UWAGA: Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 210 mg.	**1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zaleca się wykonanie badania morfologii krwi dwa tygodnie po rozpoczęciu terapii. Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne. **3. Monitorowanie programu:**

3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo 1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10^9/l lub liczba płytek krwi <25x10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) brak co najmniej minimalnej odpowiedzi ze strony komórek erytroidalnych po 4 cyklach leczenia, tj. zmniejszenia o co najmniej 50% zapotrzebowania na transfuzje w odniesieniu do ilości przetoczeń wykonanych w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu; 2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcz lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcz; 3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) progresja choroby podstawowej (MDS); 5) ciąża.		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.85.

LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych); 2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej; 3) wiek 18 lat lub powyżej; 4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby); 5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX; 6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia; 7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Dawkowanie** Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną. Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek. Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związki platyny.	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) TK brzucha i miednicy; 2) RTG lub TK klatki piersiowej; 3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów; 4) morfologia krwi; 5) poziom AspAT i AlAT; 6) stężenie bilirubiny; 7) stężenie kreatyniny; 8) EKG. Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.

a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych, b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; 8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) liczba neutrofili mniejsza niż 1 500 w mm^3 lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm^3; 2) ciąża; 3) laktacja. **1.3. Określenie czasu leczenia** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.4. Kryteria wyłączenia** Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:		**1.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania: a) morfologia krwi, b) poziom AspAT i AlAT, c) stężenie bilirubiny, d) stężenie kreatyniny, oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta; 2) co 2 cykle leczenia wykonuje się: a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej, b) RTG lub TK klatki piersiowej, c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych, d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT; 3) EKG w zależności od wskazań klinicznych. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych. Badanie należy wykonać po zakończeniu chemioterapii; 2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie w surowicy stężenia:

1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych; 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych; 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie: a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny lub b) u chorych w stadium miejscowego zaawansowania nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, ale poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny (wymagana jest konsultacja chirurgiczna o możliwości leczenia radykalnego przed oraz po chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyn); 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1 i/lub w BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS (*Next Generation Sequencing*); 3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny		a) kreatyniny, b) bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) inne badania w razie wskazań klinicznych. **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) kreatyniny, b) bilirubiny; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co miesiąc. **2.3. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych, b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w

zastosowanej jako pierwsza linia leczenia paliatywnego. Pacjenci powinni otrzymywać co najmniej 16 tygodni terapii opartej na związkach platyny i pozostać bez oznak progresji choroby do momentu włączenia olaparybu; 4) ECOG 0-1; 5) wiek 18 lat lub powyżej; 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem oraz wskaźniki czynności wątroby i nerek umożliwiające leczenie zgodnie z ChPL Lynparza tabletki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, za wyjątkiem badań klinicznych, których leczenie było prowadzone w ramach innych sposobów finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z przeciwskazaniami do stosowania olaparybu. **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni. **2.4. Kryteria wyłączenia**		przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów lekowych (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.

Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST; 2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.		

Załącznik B.86.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania obowiązkowe** a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. **1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,

b) inne wrodzone zespoły autozapalne: – TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1, – FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1: – zespól Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d: a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę; b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia; c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;		b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka), d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca, e) konsultacja stomatologiczna, f) DZM na białko. **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii. **2.1. Badania obowiązkowe** Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych: a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,

d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego. **2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia: a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

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

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 1) Progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; d) FVC ≥ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: a. nadwrażliwość na lek, b. ciąża, c. karmienie piersią, d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		3) badanie spirometryczne; 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 7) 12-odprowadzeniowe EKG. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy; 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; 4) morfologia krwi co 6 miesięcy, 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.88.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji:** 1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których: 1) 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 i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub c) inne przeciwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny);	Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania

2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii; 3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego, 1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG; 1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo nieuzyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym; 1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: 1) wyniki badań czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN; b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN; 2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL; 3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl; 4) liczba granulocytów co najmniej 1000/µl; 5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/µl; 1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. 1.6. Wiek ≥18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;		nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 12) 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) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 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 w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia. W przypadku kobiet w wieku rozrodczym przepisanie wismodegibu powinno być ograniczone do 28 dni terapii, kontynuacja leczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu ujemnego wyniku testu ciążowego z próbki krwi.

2) ciąża lub karmienie piersią; 3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu; 4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia.		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** **3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawnokomórkowym skóry:** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 8 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 2) badania KT lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST – nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Dla 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. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1.

		3.2. U pacjentów z objawowym rakiem podstawnokomórkowym skóry z przerzutami: 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru - nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1; 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. **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.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. *Pediatr Neurol*. 2013;49:243-54). **Kryteria większe:** 1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy; 2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2); 3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm); 4. ogniska skóry szagrynowej; 5. mnogie hamartoma siatkówki; 6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines); 7. guzki podwyściółkowe mózgu; 8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy	**1. Dawkowanie** Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach: $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m^2 pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus. Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego. 2) Badanie morfologii krwi z rozmazem. 3) Badania biochemiczne: a) aktywność transaminaz wątrobowych, b) stężenie bilirubiny, c) stężenie kreatyniny, d) stężenie glukozy, e) stężenie lipidów na czczo. 4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV. 5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy. 6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza. **2. Monitorowanie leczenia**

(SEGA); 9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma); 10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis); 11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek. **Kryteria mniejsze:** 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti" ; 6. mnogie torbiele nerek. Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze. 2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga. 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez	Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję. Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia. Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite. W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych**	1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby. 2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4. 3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia: a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. 4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych. 5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego. 6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby

oddziały NFZ. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA. 2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/mm^3, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /mm^3). 3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu. 4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C. 5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. 6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów	**oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**	typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

na czczo >2.5 x górna granica normy. 7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl. 8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu. 9) Chore w ciąży lub karmiące piersią. 10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria). 11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST). 12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego 13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.		

Załącznik B.90.

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria)*; 2) czas trwania choroby powyżej 5 lat; 3) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera; 4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu; 5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków; 6) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę. **1.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym	**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Sposób podania** Za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przezskórną gastrostomię (PEG). **1.2. Dawkowanie** Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. W okresie dostosowania dawki, lewodopa z karbidopą są podawane w postaci ciągłego wlewu dojelitowego przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, w zmiennej dawce, zależnej od potrzeby klinicznej. W tym czasie określa się reaktywność choroby na tę formę terapii i ustala właściwą dawkę. Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym. Dawka dobowa leku zawarta jest z reguły w	**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami); 2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka); 3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG. **1.2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy; 2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy; 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy; 4) badanie neuropsychologiczne, tj: a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;

samym skuteczną kontynuację terapii;

2) przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

1.3. Czas leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

1.4. Kryteria wyłączenia

1) brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny oraz ustala się wstępną dawkę leku. Pożądany efekt kliniczny zdefiniowano jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;
2) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;
3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
4) utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.

2. Leczenie apomorfiną

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek >18. r.ż.;
2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria);*
3) czas trwania choroby powyżej 5 lat;
4) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.

2. Leczenie apomorfiną

Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1) Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 16 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;
2) Maksymalna dobowa dawka apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.

W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.

Niezbędne jest ustalone podawanie pacjentowi domperidonu w dawce zazwyczaj 20 mg trzy razy na dobę. Terapię domperidonem należy rozpocząć dzień przed rozpoczęciem terapii apomorfiną oraz kontynuować tak, aby łączny okres przyjmowania domperidonu trwał od 3 do maksymalnie 7 dni.

b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;

5) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;
6) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie we wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.

2. Leczenie apomorfiną

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);
2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);
3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);
4) ocena stanu pacjenta w skali:
   a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;
   b) Becka - ocena nastroju;
5) ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;
6) morfologia krwi z rozmazem;
7) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
8) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;
9) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
10) badanie EKG.

2.2. Monitorowanie leczenia apomorfiną

1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z: a) istotnych klinicznie zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie; b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej; c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca; 6) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii. **2.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu; 2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy; 3) atypowy parkinsonizm; 4) nasilone otępienie; 5) depresja oddechowa; 6) klinicznie istotne zaburzenia psychotyczne; 7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna; 8) niestabilne, klinicznie istotne choroby: a) sercowo-naczyniowe; b) wątroby; c) nerek; d) hematologiczne; 9) ciąża i karmienie piersią. **2.3. Czas leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **2.4. Kryteria wyłączenia** 1) ciężka depresja;		2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy; 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy; 4) badanie neuropsychologiczne, tj: a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.; b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.; 5) po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny wykonanie następujących badań: a) morfologia krwi z rozmazem; b) badanie ogólne moczu; c) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; e) poziom bilirubiny; f) badanie EKG; 6) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące; 7) po ustaleniu sposobu dawkowania co 12 miesięcy wykonuje się badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); c) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; d) badanie EKG; 8) konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstością 1/rok – decyzję o zasadności ich

2) brak współpracy pacjenta lub opiekuna; 3) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów: a) poprawy w stanie *on* w stosunku do stanu *off*, wyrażającej się obniżeniem wyniku III części skali UPDRS o co najmniej 20% po ustaleniu dawki optymalnej; b) redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami; 4) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 5) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze; 6) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie.		przeprowadzania podejmuje lekarz prowadzący w oparciu o stan kliniczny chorego. **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, na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.92.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ IBRUTYNIBEM (ICD 10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Część I. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*)		
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria: 1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53*; 2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K; 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh; 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA; 4) aktywne ciężkie zakażenie;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę. Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53;* 3) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego); 4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy; 5) EKG. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: – morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) badania przeprowadzane co 3 miesiące: – badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej), – badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia

5) ciąża; 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		(iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą. Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **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.
Część II. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy bez delecji 17p lub mutacji *TP53*)		
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria (1-3): 1) brak delecji 17 p i/lub mutacji w genie *TP53*;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego);

2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż.; oraz jedno z poniższych kryteriów: a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem antyCD20 b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem zgodne z ChPL lub jedno z poniższych przeciwskazań: – jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu, – jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny, – aktywne, ciężkie zakażenia, – stan silnie obniżonej odporności, – nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów, – aktywne zapalenie wątroby typu B. u chorych z wczesnym nawrotem PBL po pierwszej linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) albo u chorych z opornością na immunochemioterapię (definiowaną jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni ibrutynibem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii	Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	3) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy; 4) EKG. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: – morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) badania przeprowadzane co 3 miesiące: – badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej), – badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą. Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **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

spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1a lub 1b lub 1c oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt. 3. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K; 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh; 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA; 4) aktywne ciężkie zakażenie; 5) ciąża; 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;		częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 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) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		

Załącznik B.93.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ROZLANE Z DUŻYCH KOMÓREK B ORAZ INNE CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10: C83, C85); 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-2; 4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia); 5) LVEF ≥ 45% - ocena metodą ECHO; niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 1.4. (poniżej).	**1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m^2 pow. ciała w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli. Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml. **1.2. Modyfikacja dawki** Dawkowanie piksantronu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leku lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, zgodnie z	**1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej, AspAT, ALAT; 3) stężenie kreatyniny; 4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji; 5) EKG; 6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO. **1.2. Monitorowanie leczenia** Badania wykonywane: 1) przed każdym podaniem leku: – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny; 2) co drugi cykl leczenia:

1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) bezwzględna liczba neutrofilów <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) całkowity poziom bilirubiny ≥1,5 x GGN, kreatyniny ≥1,5 x GGN, AspAT oraz ALAT ≥2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby ≥5 x GGN). **1.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stan sprawności według WHO 3-4; 4) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF ≥ 15% w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 5) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 6) ciąża.	zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	– ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu); 3) w razie podejrzenia progresji choroby: – odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).

2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) oporny lub nawrotowy potwierdzony histologicznie chłoniak DLBCL; 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-2; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 5) stosowano co najmniej 1 linię leczenia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli. **2.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na polatuzumab wedotyny lub bendamustynę lub rytuksymab lub białka mysie lub którekolwiek substancje pomocnicze preparatów; 2) ciąża lub karmienie piersią;	**2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** **2.1. Dawkowanie** Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu. W leczeniu skojarzonym z polatuzumabem wedotyny zalecana dawka bendamustyny wynosi 90 mg/m^2 pc./dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu, a zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu. Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl. **2.2. Modyfikacja dawki** Modyfikacja dawkowania zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu.	**2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi); 3) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 4) 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; 5) 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; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne). **2.2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane: 1) przed każdym podaniem leku: – morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym, – ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, kwasu moczowego, AST, ALT i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi),

3) aktywna, ciężka infekcja; 4) stężenie bilirubiny przekraczające 1,5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium; 5) neuropatia obwodowa ≥ 2 stopnia; 6) obecność przeciwwskazań do stosowania polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych. **2.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na polatuzumab wedotyny lub bendamustynę lub rytuksymab lub białka mysie lub którekolwiek substancje pomocnicze preparatów; 3) ciąża; 4) wystąpienie ciężkiego zakażenia; 5) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 6) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu.		– elektrolity (stężenie sodu i potasu). 2) po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: – odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).
3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem **3.1. Kryteria kwalifikacji** Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.	**3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem** **3.1. Dawkowanie** Schemat dawkowania aksykabtagenu cyloleucelu oraz tisagenlecleucelu zgodnie zapisami	**3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem** **3.1. Badania** **3.1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego;

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) potwierdzony histologicznie: a) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) – dotyczy leczenia aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem, albo b) pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – dotyczy leczenia wyłącznie aksykabtagenem cyloleucelu; 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-1; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 4) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 6) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia autologicznych komórek krwiotwórczych (auto-HSCT); 7) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 8) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 9) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12	Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów. Aksykabtagen cyloleucelu lub tisagenlecleucel muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem. **3.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego** Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla	2) morfologia krwi z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy); 4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens 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 CT lub NMR lub PET-CT; 8) EKG oraz ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 9) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV). **3.1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) białka ostrej fazy (CRP, ferrytyna); 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, fibrynogen); 4) ocena funkcji nerek (jak wyżej); 5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).

miesięcy po infuzji aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aksykabtagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **3.3. 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) ciąża lub karmienie 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;	aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.	**3.1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, D-dimer, fibrynogen); 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): CRP, ferrytyna, LDH. **3.2. Monitorowanie leczenia** **3.2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa 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: CRP, ferrytyna, fibrynogen, LDH, PT, aPTT, INR oraz D-dimer (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 i badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, elektrolity) - co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. **3.2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) co 3 miesiące: - monitorowanie z zastosowaniem CT lub NMR lub PET-CT przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T.

13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu, b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). **3.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu		
4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem **4.1. Kryteria kwalifikacji** 1) oporny lub nawrotowy chłoniak z komórek płaszcza (MCL); 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-2. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 4.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo	**4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem** **4.1. Dawkowanie** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych stosowany jest w monoterapii. Zalecana dawka początkowa lenalidomidu to 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **4.2. Modyfikacja dawki** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje na podstawie obserwacji klinicznych	**4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem** **4.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.

zastosowania redukcji dawki zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **4.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża lub karmienie piersią; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn). **4.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.	i wyników laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka dobowa lenalidomidu nie może być wyższa niż 25 mg.	**4.2. Monitorowanie leczenia** Badania wykonywane: 1) przed każdym cyklem leczenia: – morfologia krwi z rozmazem; – test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego; 2) po 6 cyklu leczenia: – AspAT, AlAT; – stężenie bilirubiny; – stężenie kreatyniny; – klirens kreatyniny; – TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badania obrazowego do decyzji lekarza. W przypadku podejrzenia progresji choroby: TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badania obrazowego do decyzji lekarza.
		5. 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) za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

Załącznik B.95.

LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia Podczas kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym: 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub ≥ 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna lub b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową oraz c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:	**1. Dawkowanie** Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badani potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT)i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych - rezonans magnetyczny z angiografią

– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku lub hemodializa, lub białkomocz/ albuminuria lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki; 4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby; 5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabu; 6) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) Po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych;		- lub tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; 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** 1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 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. **3. Monitorowanie w czasie czasowego przerwania leczenia** W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) morfologia (Hb, liczba płytek).

a) Zespół Koordynacyjny ds. leczenia aHUS podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby; b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 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 włączenia punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia ekulizumabem (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 3) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 5) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie; W razie zakończenia leczenia u pacjenta z powodu zaistnienia ww. kryteriów wyłaczenia, ponowne rozpoczęcie leczenia wymaga decyzji Zespołu Koordynującego.		**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 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.96.

LECZENIE NOCNEJ NAPADOWEJ HEMOGLOBINURII (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych: 1) objawy hemolizy związane z NNH oraz (łącznie): a) aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN) b) co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne,	**1. Dawkowanie** Zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy; 11) stężenie mocznika w surowicy; 12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 13) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 14) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 15) stężenie haptoglobiny (Hp); 16) stężenie Na+; 17) stężenie K+; 18) badanie ogólne moczu;

– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; 2) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: a) zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, b) zator tętnicy płucnej, c) zdarzenia mózgowo-naczyniowe, d) amputacja, e) zawał mięśnia sercowego, f) napad przemijającego niedokrwienia, g) niestabilna dławica piersiowa, h) zakrzepica żyły nerkowej, i) zakrzepica żył krezkowych, j) zakrzepica żyły wrotnej, k) zgorzel, l) ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabem; 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego		19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu; 20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) kreatynina, d) mocznik, e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), f) aminotransferaza alaninowa (AlAT), g) bilirubina całkowita. 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) kreatynina, b) mocznik, c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), d) aminotransferaza alaninowa (AlAT), e) bilirubina całkowita. 4) Badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:

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. 3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą włączani do programu bez konieczności ponownej kwalifikacji. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 2) karmienie piersią; 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie.		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 ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. **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.97.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem 1) wiek ≥18 lat; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na inne sposoby leczenia farmakologicznego np. kortykosteroidy, dożylne immunoglobuliny; 4) w przypadku kwalifikacji do leczenia: a) eltrombopagiem – przeciwskazania do wykonania splenektomii w ocenie lokalnego zespołu ekspertów obejmującego hematologa, chirurga i anestezjologa w ośrodku prowadzącym leczenie albo nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl lub objawami skazy krwotocznej; b) romiplostymem – nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl lub objawami skazy krwotocznej. 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	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne; 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	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: – AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem, – bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem; 3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie): a) wykonywane co 1 tydzień: – morfologia krwi z rozmazem,

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. **2.1. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nadwrażliwość na: a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z Escherichia coli – dotyczy leczenia romiplostymem; 2) zaburzenia czynności wątroby: – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 3) 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	płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita), 2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem, – w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita,); 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 3 miesiące – dotyczy leczenia eltrombopagiem. **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;

c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby - dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) lub – romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem 1) wiek 1-18 lat; 2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP) – eltrombopag lub romiplostym; 3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani również pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji. Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletniości mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)" bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: – 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, – 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; 2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg; 3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. **2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na:
   a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z *Escherichia coli* – dotyczy leczenia romiplostymem;
2) zaburzenia czynności wątroby:
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;
3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:
   istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
   a) będzie narastać,
   albo
   b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,
   albo
   c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
   albo

2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;
3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.

   Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl.

2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:
   a) wykonywane co 1 miesiąc:
      – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,
   b) wykonywane co 3 miesiące:
      – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);
3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:
   a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;
4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;
5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250x10^9$/l, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100x10^9$/l.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) lub – romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pasyreotydem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony. Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni. **1.2. Sposób podawania** 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

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

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

1.2. Kryteria wyłączenia

1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
4) objawowa kamica żółciowa;

wykonywanym przez fachowy personel medyczny.

2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.

1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.
2) Zaburzenia czynności wątroby:
   a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;
   b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana

6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem

1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);

6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;

7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);

8) okres ciąży lub karmienia piersią;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:

a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l

lub

b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1

lub

c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu.

u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;

c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Dawkowanie

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek powyżej 18 roku życia;
2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);

2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.
4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol).
3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

2.2. Monitorowanie leczenia

1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii;
6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol).

Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.

W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3 ,4, 6 łącznie.

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

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

2.2. Kryteria wyłączenia

1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;

osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;

4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.

przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;

3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby;
4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia;
5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;
6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;
7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;
8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m^2 oraz utrata białka >3 g/1,73m^2; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.100.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNĄ I NAWROTOWĄ POSTAĆ KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10: C81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i b) po leczeniu brentuksymabem vedotin; 2) wiek 12 lat i powyżej; 3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek; 5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne. **3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**	**1. Dawkowanie** **1.1. Dawkowanie u dorosłych** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.2. Dawkowanie u dzieci w wieku 12-18 lat** 3 mg/kg cc, co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała; 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenia stężenia kreatyniny, c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu TSH, g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;

Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie** 1) progresja choroby; 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria); 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) morfologia krwi; 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH; Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich; 2) badanie obrazowe umożliwiajace ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wczesniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie powtarzać co pół roku. **4. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez 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**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną** Łączne spełnienie następujących warunków: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network; 3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem w dawce 10 mg, lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).	**1. Alirokumab** 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie). **2. Ewolokumab** 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie. **3. Inklisiran** 284 mg inklisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy. Dawki pominięte: Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inklisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem. Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inklisiran	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) lipidogram; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) kreatynina/eGFR; 4) kinaza kreatynowa (CK). **2. Monitorowanie leczenia** 1) lipidogram – po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy; 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej

1.2. Leczenie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego Łączne spełnienie następujących warunków: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez co najmniej 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem, lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące). 3) Przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym: a) wieńcowym: – z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie, lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach, lub – wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału, lub	należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.	przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

– po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej, b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.: i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85 lub ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych lub iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej lub – choroba tętnic mózgowych, tj.: i. przebyty udar mózgu niedokrwienny lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) lub iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowowych. **1.3.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ewolokumabem albo alirokumabem albo inklisiranem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego oraz nie spełnili kryteriów opisanych w pkt.4. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4.		

3. Zamiana leków W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków: a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran, lub b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab. Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności po 3 miesiącach leczenia, rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% w stosunku do wartości wyjściowej określonej: a) w momencie włączenia do programu lekowego (w tym pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.1, 1.2 (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3), b) w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.3 (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3). **5. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) hiperlipidemia wtórna z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w punkcie 1.2.; 2) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej; 3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2 dla alirokumabu i ewolokumabu) oraz (eGFR < 15 ml/min/1,73 m^2 dla inklisiranu);		

4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child-Pugh); 5) ciąża; 6) karmienie piersią; 7) nadwrażliwość na ewolokumab albo alirokumab albo inklisiran albo którąkolwiek z substancji pomocniczych.		

Załącznik B.102.FM.

LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi: **A.** onasemnogen abeparwowek; **B.** nusinersen; **C.** rysdyplam. Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia. **1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce; 2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku;	**1. Dawkowanie onasemnogenu abeparwoweku** Dawkowanie onasemnogen abeparwowek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). **2. Dawkowanie nusinersenu** Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami. W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwowek** 1) badanie ogólnolekarskie; 2) badanie miana przeciwciał AAV9; 3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) liczba płytek krwi; 6) stężenie troponiny I; 7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1; 8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik; 9) ocena zdolności połykania; 10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND; 11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO; 12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;

3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego; 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku; 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych; 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym: a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego; b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych; c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu; d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii; 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt. Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego.	**3. Dawkowanie rysdyplamu** Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).	13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika; 14) badanie poziomu hemoglobiny; 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG. **1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen** 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego; 8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 10) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

1.2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu; 2) niewydolność oddechowa od urodzenia; 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg; 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej; 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii; 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego; 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze; 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)> 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku; 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], AlAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC]> 20 000 na mm^3), PLT poniżej 50 tys. w mm^3 przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.3. Zakończenie leczenia w programie**		**1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam** 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina); 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 7) konsultacja ortopedyczna; 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **2.1.1. Ocena skuteczności leczenia** 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku; 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwowek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie

Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący. **2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3. 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów		braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych; 3) jako brak skuteczności uznaje się: a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako: – inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołooperacyjnej), – stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ. b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku. Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA). 4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się: a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i

wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie. Do leczenia nusinersenem mogą zostać również zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;		potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta. b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta. **2.1.2. Badania laboratoryjne** 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej): a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej; b) badanie liczby płytek krwi; c) stężenie troponiny I; d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego. **2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;

2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego; 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące; 5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) ciąża. **3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są pacjenci w wieku 2 miesięcy i starsi: a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub b) posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2; 2) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są wyłącznie pacjenci mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci, u których stwierdzono		5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku; 6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki; **2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** 1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku; 8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy.

przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem; 3) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; 4) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 5) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1), 2) i 3) muszą być spełnione łącznie. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) przeżycie (niewystąpienie zgonu), b) konieczności wykonania tracheostomii, c) konieczności stałej wentylacji, d) zależności od wspomagania wentylacji, e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych, f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych, g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku, h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne. Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta. Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy; 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) ciąża.		wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych. Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach. Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.103.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ WENETOKLAKSEM (ICD-10: C.91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Część I: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem		
1. Kryteria kwalifikacji Pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL); 3) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 4) wyniki parametrów: a) CrCl (klirens kreatyniny): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub b) liczba punktów wg skali CIRS > 6; 5) stan sprawności wg WHO: 1; 6) 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. Dawkowanie wenetoklaksu** Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: **1) Tydzień 1** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. **2) Tydzień 2** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. **3) Tydzień 3** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. **4) Tydzień 4** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. **5) Tydzień 5 i kolejne**	**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, b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita), d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, f) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI), g) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS; 2) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 3) test ciążowy.

7) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i obinutuzumabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych. Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania terapii złożonej (wenetoklaks i obinutuzumab) przez 18 mies. od zakończeniu leczenia obinutuzumabem. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Maksymalny czas trwania leczenia wenetoklaksem i obinutuzumabem wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli wenetoklaks podawany jest wraz z obinutuzumabem, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) wenetoklaks podawany jest w monoterapii. **3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu; 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny; 3) aktywne, ciężkie zakażenia; 4) stan silnie obniżonej odporności; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) nadwrażliwość na wenetoklaks lub obinutuzumab lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów; 7) aktywne zapalenie wątroby typu B; 8) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;	Zalecana dawka wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Wenetoklaks podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. Dawkowanie obinutuzumabu** **1) Cykl 1.** Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas	**2. Monitorowanie leczenia** 1) W trakcie leczenia obinutuzumabem i wenetoklaksem (cykle 1-6): a) Przed każdym podaniem obinutuzumabu: – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie kreatyniny; – stężenie kwasu moczowego; – aktywność AST, ALT; – stężenie bilirubiny całkowitej. 2) W trakcie dostosowywania dawki wenetoklaksu (od 22 dnia 1. cyklu co tydzień przez 5 tygodni): a) należy wykonać poniższe badania: – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego; – stężenie fosforanów; – stężenie wapnia; – stężenie kreatyniny; – aktywność LDH. 3) Po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu należy wykonać badania wg schematu poniżej: a) co miesiąc - badania jak w punkcie 2a (cykle 3-6), a następnie przed rozpoczęciem cyklu od 7 do 12 - morfologia krwi z rozmazem; b) co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 6., 9. i 12.): – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego;

9) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;

10) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.

4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie

1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do agresywnego chłoniaka;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks lub obinutuzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;

3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL;

4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii;

5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii;

6) ciąża lub karmienie piersią;

7) rezygnacja pacjenta.

podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

2) Cykl 2 – 6

Zalecaną dawkę obinutuzumabu 1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.

Obinutuzumab niezbędny do terapii skojarzonej z wenetoklaksem, finansowany jest w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem (ICD10: C.91.1)" – załącznik B.79 do obwieszczenia Ministra Zdrowia

– stężenie fosforanów;

– stężenie wapnia;

– stężenie kreatyniny;

– ALT, AST;

– stężenie bilirubiny całkowitej.

3. Ocena odpowiedzi na leczenie

Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana po 3 miesiącach terapii, kolejne, co 3 miesiące.

Ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IwCLL).

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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

Część II: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem		
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności wg WHO 0–2; 3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych; 4) leczeni uprzednio co najmniej jedną linią terapii, bez względu na status del17p lub mutacji *TP53* (m*TP53*); Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu, o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie. **3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu; 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny;	**Dawkowanie** **1. Wenetoklaks** Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: **1) Tydzień 1** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. **2) Tydzień 2** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. **3) Tydzień 3** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. **4) Tydzień 4** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. **5) Tydzień 5 i kolejne** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a) morfologia krwi obwodowej wraz z rozmazem, b) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita), c) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, e) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza), f) jednorazowo należy wykonać badanie na obecność del17p lub m*TP53*, o ile badanie uprzednio wykonane nie wykazało obecności ww. aberracji chromosomalnych; 2) EKG; 3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 4) test ciążowy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) W trakcie leczenia wenetoklaksem:

3) aktywne, ciężkie zakażenia; 4) stan silnie obniżonej odporności; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów; 7) aktywne zapalenie wątroby typu B. **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka lub 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na weneteoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) rezygnacja pacjenta.	Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. Rytuksymab** Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m^2 powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m^2 powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli. Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu	a) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego; – stężenie fosforanów; – stężenie wapnia; – stężenie kreatyniny. 2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu : a) **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem; b) **co 3 miesiące**: – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów, – stężenie wapnia, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny całkowitej, – ALT, AST, – aktywność LDH; 3) Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem: a) co 28 dni EKG. **3. Ocena odpowiedzi na leczenie**

		Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL). **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 Narodowy Fundusz Zdrowia.
Część III: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem)		
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: A. 1) wiek 18 lat i powyżej;	**1. Dawkowanie wenetoklaksu** Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg wg poniższego schematu::	**1. Badania do kwalifikacji** 1) Badania niezbędne do ustalenia progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) badanie na obecność delecji 17p lub m*TP53*,

2) obecność wskazań do leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL); 3) pacjenci z obecnością delecji w obszarze 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem; 4) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego. lub B. Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie wenetoklaksem w ramach innych źródeł finansowania pod warunkiem spełniania kryteriów kwalifikacji (pkt A) przed pierwszorazowym podaniem wenetoklaksu. Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i przez 30 dni po zaprzestaniu leczenia. Do programu lekowego nie kwalifikuje się kobiet w ciąży. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nieakceptowalna toksyczność; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) rezygnacja pacjenta.	**1) Tydzień 1** Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. **2) Tydzień2** Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. **3) Tydzień 3** Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. **4) Tydzień 4** Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 200mg na dobę w jednej dawce. **5) Tydzień 5 i kolejne** Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.	c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, mocznik, AST, ALT, bilirubina całkowita), d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, f) ocena masy guza, w tym badania obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza); 2) Test ciążowy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów, – stężenie wapnia, – stężenie kreatyniny; 2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu poniżej: a) **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem; b) **co 3 miesiące:** – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów,

		– stężenie wapnia, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny całkowitej, – ALT, AST, – aktywność LDH. **3. Ocena odpowiedzi na leczenie** Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie przeprowadzona po 3 miesiącach terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok od rozpoczęcia terapii, następnie co 6 miesięcy. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL). **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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.104.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3. Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4. 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego;	**Dawkowanie agalzydazy beta** Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie agalzydazy alfa** Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie migalastatu** Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetycznego wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 m^2; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem** 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m^2 - dotyczy migalastatu: 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja;		(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram; 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. **4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.105.

LECZENIE ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) – CZĘŚĆ POŚREDNIA, ODCINEK TYLNY LUB CAŁA BŁONA NACZYNIOWA (ICD-10 H 20.0, H 30.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN opisane w *standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)*. Do leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria (*konieczne jest łączne spełnienie kryteriów przedstawionych w punkcie a i b oraz jednego z kryteriów wskazanych w punkcie c, d i e*). a) wiek chorego ≥ 18 r.ż.; b) chorzy z niezakaźnym przewlekłym, przetrwałym lub nawrotowym ZBN (części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej); c) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu (lub dawce równoważnej innego leku steroidowego) lub terapii lekami immunosupresyjnymi, lub kombinacji leczenia obu typami leków po kursie leczenia trwającym 15 tygodni. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: — brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki i/lub naczyń siatkówki, — stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka ≤0,5+ według kryteriów SUN,	**1. Dawkowanie:** Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnie, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnie podając adalimumab co drugi tydzień. Chorzy stosujący terapię steroidową w chwili włączenia do programu powinni ją kontynuować. Dawka kortykosteroidu powinna być jednak systematycznie zmniejszana zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem:** W ramach kwalifikacji chorego do udziału w programie należy wykonać następujące badania: a) morfologia krwi obwodowej lub morfologia krwi obwodowej z rozmazem; b) płytki krwi (PLT); c) odczyn Biernackiego (OB); d) aminotransferaza alaninowa (AlAT); e) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); f) poziom kreatyniny w surowicy; g) białko C-reaktywne; h) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); i) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; j) testu na kiłę; k) testu na boreliozę; l) obecność antygenu HBs; m) przeciwciała anty-HCV; n) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); o) stężenie elektrolitów w surowicy; p) RTG klatki piersiowej z opisem (do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

— stopień przymglenia ciała szklistego oka ≤0,5+ według kryteriów SUN; d) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące w czasie do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub stabilizacji po odstawieniu obu typu leków trwającej krócej niż 3 miesiące; e) występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Do programu włączani są również chorzy, którzy byli uprzednio leczeni w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) adalimumabem, pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku braku powikłań leczenie prowadzone powinno być 24 miesiące. Za remisję należy uznać brak aktywności według kryteriów SUN trwający więcej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia. W przypadku nawrotów pacjent może być włączony do programu zgodnie z kryteriami włączenia. **3. Kryteria wyłączenia**: W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu: 1) niepowodzenie leczenia - wystąpienie w co najmniej 1 oku co najmniej 1 z poniższych zmian w czasie co najmniej 6 tygodni (chorzy z aktywną postacią ZBN) od rozpoczęcia terapii adalimumabem:		q) EKG z opisem; r) konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego. s) konsultację ginekologiczną z wykluczeniem ciąży; t) ocena stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN; u) badanie okulistyczne z oceną najlepszej skorygowanej ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego, oceną dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT), ocena gałki ocznej w badaniu ultrasonograficznym typ B. **2. Monitorowanie leczenia adalimumabem:** 1) Monitorowanie stanu miejscowego na podstawie badania okulistycznego: a) przed podaniem pierwszej dawki leku; b) przed podaniem 5 dawki leku z oceną skuteczności leczenia w stosunku do stanu wyjściowego; c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku. Badanie okulistyczne powinno obejmować: — ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali na tablicach Snellena lub EDTRS, — pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, — ocenę przedniego odcinka i dna oka,

— powstanie nowych aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o ≥ 15 liter (≥3 linie wg Snellena), — stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz przymglenie ciała szklistego oka wynoszące ≥0,5 dla pacjentów, którzy osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN, — zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka lub przymglenie ciała szklistego o ≥ 2 stopnie lub zwiększenie z +3 na +4 według kryteriów SUN; 2) nadwrażliwość na adalimumab; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: — niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), — nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), — brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne). **4. Przeciwwskazania do udziału w programie:** W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent nie może być włączony programu: 1) aktywne zakażenia (ostre lub przewlekłe) bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze (szczególnie gruźlica, infekcja wirusem HIV lub WZW typu B); 2) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego (klasa III/IV według NYHA); 3) niestabilna choroba wieńcowa; 4) przewlekła niewydolność oddechowa; 5) przewlekła niewydolność nerek;		— ocena plamki w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT). Kryteria oceny skuteczności. Pogorszenie oceniane jest zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Za poprawę uważa się: — zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego o ≤ 2 według kryteriów SUN przy stanie początkowym większym lub równym 2, — zmniejszenia liczby komórek w komorze przedniej lub przymglenia ciała szklistego do poziomu 0 według kryteriów SUN przy stanie początkowym mniejszym niż 2, — zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku o 3 linie według Snellena lub 15 liter na tablicy EDTRS w stosunku do wartości wyjściowych bądź stabilizację ostrości wzroku. 2) Monitorowanie stanu ogólnego na podstawie badań: a) przed podaniem 3 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT); b) przed podaniem 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT);

6) przewlekła niewydolność wątroby; 7) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 8) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie do 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; 11) ZBN przedniej komory oka; 12) podejrzewane lub potwierdzone zakaźne ZBN; 13) choroidopatia pełzająca; 14) zmętnienie rogówki lub soczewek uniemożliwiające ocenę dna oka; 15) zaćma kwalifikowana do operacji i uniemożliwiająca monitorowanie wyników leczenia w programie przez okres 24 miesiące; 16) niekontrolowana jaskra (brak regulacji ciśnienia wewnątrzgałkowego i stabilizacji zmian w polu widzenia przy ≥2 liczbie leków przeciwjaskrowych) mogąca wymagać leczenia operacyjnego w ciągu 24 miesięcy; 17) najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali <0,4 według Snellena (<20 liter EDTRS) w co najmniej jednym oku; 18) proliferacyjna retinopatia cukrzycowa lub nieproliferacyjna retinopatia cukrzycowa o ciężkim przebiegu bądź istotny klinicznie obrzęk plamki żółtej z powodu retinopatii cukrzycowej; 19) wysiękowa postać zwyrodnienie plamki związanego z wiekiem; 20) patologie złącza szklistkowo-siatkówkowego potencjalnie prowadzące do uszkodzenia struktury plamki żółtej niezależnie od procesu zapalnego; 21) brak przejrzystości ciała szklistego uniemożliwiający monitorowanie przebiegu leczenia; 22) obrzęk plamki żółtej jako jedyny objaw ZBN; 23) zapalenie nadtwardówki i twardówki.		c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT) – do decyzji lekarza prowadzącego; d) co 6 miesięcy należy wykonać próbę tuberkulinową lub test Quantiferon; e) co 6 miesięcy należy przeprowadzić konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego. **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.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 *Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.*	**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 1) wiek≥ 12. roku życia; 2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28 oraz b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10; 4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; 5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia. **2. Kryteria wyłączenia** 1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7>16 lub DLQI≥10;	**1. Dawkowanie omalizumabu** Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) CRP; 5) TSH; 6) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 7) kreatynina i mocznik w surowicy; 8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu. U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	**2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) CRP; 4) TSH; 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. **3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo 2) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.108.

LECZENIE AGRESYWNEGO I OBJAWOWEGO, NIEOPERACYJNEGO, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO LUB PRZERZUTOWEGO RAKA RDZENIASTEGO TARCZYCY (ICD-10 C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie wandetanibem dorosłych chorych z agresywnym i objawowym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem rdzeniastym tarczycy, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) leczenie chorych w stadium choroby miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych; 4) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu: konieczność udokumentowania progresji według kryteriów RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia wandetanibem; 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 6) zadowalająca wydolność wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5 razy górnej granicy normy (kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta), b) stężenie AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej lub nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby, c) klirens kreatyniny co najmniej 30 ml/min;	**1. Dawkowanie wandetanibu** Maksymalnie do 300 mg na dobę zgodnie z ChPL aktualnym na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT; 3) oznaczenie AspAT; 4) oznaczenie stężenia potasu; 5) oznaczenie stężenia wapnia; 6) oznaczenie stężenia magnezu; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny; 9) oznaczanie stężenia kalcytoniny; 10) oznaczenie stężenia TSH; 11) badanie ogólne moczu; 12) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej; 13) EKG z oceną odstępu QTc; 14) TK lub NMR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 15) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 16) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;

7) prawidłowe wartości stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi; stężenie potasu powinno wynosić >4mmol/l; 8) odstęp QTc < 480 ms w zapisie EKG; 9) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji Zubroda – ECOG - WHO; 10) wiek powyżej 18 lat; 11) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 12) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni wandetanibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Określenie czasu leczenia wandetanibem** 1) Leczenie trwa do momentu progresji choroby lub do czasu, gdy ryzyko leczenia przewyższa korzyści z jego kontynuacji. 2) W przypadku zdarzenia 3. stopnia według wspólnej terminologii kryteriów dla działań niepożądanych (CTCAE) lub większej toksyczności lub wydłużenia odstępu QT (QTc w zapisie EKG) >500 ms, należy przynajmniej tymczasowo przerwać stosowanie wandetanibu, a kiedy objawy toksyczności ustąpią lub ulegną poprawie do stopnia 1. w skali CTCAE, wznowić jego stosowanie w zmniejszonej dawce. **1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc; 2) czas trwania odstępu QTc powyżej 480 ms podczas kwalifikacji do programu; 3) jednoczesne stosowanie produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie częstoskurczu torsades de pointes (związki arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III); 4) częstoskurcz torsades de pointes w wywiadzie, jeśli nie wszystkie czynniki ryzyka zostały skorygowane; 5) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);		17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu; 3) oznaczenie stężenia wapnia; 4) oznaczenie stężenia magnezu. **2.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:** 1) oznaczenie AlAT; 2) oznaczenie AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 8) badanie EKG z oceną QTc; 9) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). **2.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT; 3) oznaczenie AspAT; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

6) zaburzenia czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta), b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby; 7) zabieg operacyjny w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia; 8) radioterapia w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia; 9) ciężkie lub niekontrolowane (według oceny lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące w tym: a) zawał serca w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, b) niestabilna choroba wieńcowa, c) poważne zaburzenia rytmu serca, d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2, e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii, f) udar mózgu (w tym TIA) w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, g) incydent zakrzepowo-zatorowy w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, i) przetoka w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, j) perforacja przewodu pokarmowego, k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych, l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS), 10) ciąża i karmienie piersią; 11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. **1.4. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie istotnych objawów nadwrażliwości na wandetanib; 2) konieczność jednoczesnego stosowania produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie torsades de pointes (związki		5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 7) oznaczanie stężenia kalcytoniny; 8) oznaczenie stężenia TSH; 9) badanie ogólne moczu; 10) badanie TK/NMR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. **2.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:** 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej. **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.

arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III); 3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min); 4) zaburzenia czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta) b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby; 5) konieczność wykonania zabiegu operacyjnego; 6) konieczność wykonania zabiegu radioterapii; 7) wystąpienie ciężkich lub niekontrolowanych (według oceny lekarza prowadzącego) chorób towarzyszących w tym: a) zawał serca, b) niestabilna choroba wieńcowa, c) poważne zaburzenia rytmu serca, d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2, e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii, f) udar mózgu (w tym TIA), g) incydent zakrzepowo-zatorowy, h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego, i) przetoka, j) perforacja przewodu pokarmowego, k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych, l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS), 8) ciąża i karmienie piersią; 9) brak zgody na stosowanie antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.		

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną	Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną. Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący. **1. Dawkowanie** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**	Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych. **1. Badania przy kwalifikacji:** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. **2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	

Załącznik B.110.

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym" powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół Koordynujący dokonuje weryfikacji skuteczności leczenia po zakończeniu terapii. **2. Rodzaje programów** **A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub	**Dawkowanie:** Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m^2/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z	**A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania; 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych; 4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta; 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **A.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);	opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **A.2. Monitorowanie leczenia**

2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC); 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **A.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,		1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba, e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2, f) EKG w 1 i 11 dobie, g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii, 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**		cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** **B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych). **B.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, lub stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący, lub stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;		b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu,

4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia; 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **B.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD); 2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);		h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **B.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **B.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):		e) EKG w 8 i 11 dobie, f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych** 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy); 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu; 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja; 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR; 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku; 7) ocena słuchu; 8) badanie EEG; 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV; 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej); 11) ocena hormonów tarczycy; 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).

		D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby. **E. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym"; 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych; 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym".

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

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 Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **A. Kryteria kwalifikacji** 1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); 2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; 3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach	**A. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.	**A. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); 5) ocena stężenia IGF-I; 6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 8) oznaczenie stężenia TSH i FT4; 9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) *[Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]*; 10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych; 11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **B. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **C. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);		powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z argininą; 12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem); 13) USG jamy brzusznej; 14) EKG, ewentualnie USG serca; 15) badanie dna oka; 16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **B. Monitorowanie leczenia** 1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii: a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej. 2) co 180 dni: a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); d) określenie odsetka HbA1c; e) ocena stężenia IGF-I; f) oznaczenie stężenia TSH i FT4; g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; h) ocena QoL; i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach); 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		**C. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.112.

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem mukowiscydozy, którzy spełniają jednocześnie niżej przedstawione warunki: 1) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie; 2) do leczenia iwakaftorem w monoterapii kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym wystąpieniem jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu *CFTR*: mutacja bramkująca genu *CFTR* (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych; 3) do leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 2 lat z potwierdzonym wystąpieniem mutacji F508del genu *CFTR* na obu allelach; 4) do leczenia tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 6 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del i mający jedną z następujących mutacji genu *CFTR*: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie leków zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji refundacyjnych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1.1. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) aminotransferaza alaninowa; 4) aminotransferaza asparaginowa; 5) stężenie bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła; 7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż. 1.2. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) badanie obrazowe klatki piersiowej. **2. Monitorowanie leczenia** 1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku; 2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje

5) do leczenia eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 12 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del genu *CFTR* lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu *CFTR*. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni terapią modulatorami receptora CFTR w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) przeciwwskazania do udziału w programie wynikające z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym; 2) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych (pacjent powinien zostać włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu		prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku; 3) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku; 4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny po 3, 6, 9 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku; 5) konsultacja okulistyczna raz w roku u pacjentów <18rż; 6) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. 4) Obecność, lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.

Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną; 2) stan po przeszczepieniu płuc; 3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) okresowe przerwanie leczenia lub modyfikacja dawki w przypadku wystąpienia interakcji z innymi lekami – zgodnie z ChPL poszczególnych produktów; 5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią). (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę); 7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych; 8) uporczywe zaniedbywanie zaleceń terapeutycznych lekarza prowadzącego.		

Załącznik B.113.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI NEREK (ICD-10 N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia >1500/mm$^{3;}$ 4) BMI w granicach normy; 5) redukcja eGFR <2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją; 6) proteinuria <1 g/g kreatyniny w moczu; 7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN; 8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); 2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD; 3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm^3; 5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu; 6) ocena BMI. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 30 dni: a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;

9) wiek ≥18 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:** Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego; 2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego; 3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli; 4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów; 5) hiperkalcemia; 6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze; 7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit); 8) anoreksja; 9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia; 10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*). **4. Kryteria wyłączania z programu** Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy; d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr); 2) badania wykonywane co 90 dni: a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy; b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej; c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD; d) ocena BMI. 3) konsultacje wykonywane co 30 dni: a) konsultacja nefrologiczna; b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety; 4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.114.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie: **A. w I linii leczenia:** *1) leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),* albo *2) leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),* albo *3) wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);* **B. w II i kolejnych liniach leczenia:** *1) leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;	**1. Dawkowanie leków w terapii** ***1.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** **1.1.1. Leczenie indukujące** <u>Pierwszy cykl:</u> Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu. Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu. <u>Drugi cykl:</u> Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym: a) potwierdzające obecność mutacji *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* oraz *gilterytynibem w monoterapii*. U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gliterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji *FLT3* wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego), b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku

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 (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* – pkt. 1.2.3.4.b);
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji 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 na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa;
3) udokumentowana obecność mutacji genu *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);
4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej.

1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1.1.2. Leczenie konsolidujące

U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:

Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.

Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.

1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1.2.1. Leczenie indukujące

Pierwszy cykl:

Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.

Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.

Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.

Drugi cykl:

Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie terapii *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną;*

2) ocena stanu ogólnego (ECOG);
3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,
   c) koagulogram: APTT, PT lub INR, fibrynogen,
   d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
5) EKG;
6) ECHO serca (do decyzji lekarza),
7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza),
8) punkcja lędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN);
9) eGFR oraz przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb) – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*;
10) stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP) – w przypadku terapii *gilterytynibem w monoterapii*.

2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii

1) wiek 15 lat i powyżej;
2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* z ekspresją antygenu CD33 na komórkach blastycznych;
3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej;
4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej;
5) potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych);
6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii.

1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;
3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*);
4) niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako:
   a) wiek 75 lat i powyżej,

   lub

   b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:

należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania:

Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu.

Cytarabina – dawka 1000 mg/m^2 pc. (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.

1.2.2. Leczenie konsolidujące

U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego:

Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli).

Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.

1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną

Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania:

Dzień 1: 100 mg/dobę;

Dzień 2: 200 mg/dobę;

Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.

2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym;
2) morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:
   a) biochemia: kreatynina, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,
   b) koagulogram: APTT, PT;
4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:
   a) EKG.

2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym;

– ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN, – jakiekolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. ***1.2.4. gilterytynibem w monoterapii*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną: a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji *FLT3*, tj. *FLT3*-ITD, *FLT3*-TKD/D835 lub *FLT3*-TKD/I836 z materiału ze szpiku kostnego lub krwi). W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji *FLT3*. **1.3.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach	W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Azacytydyna – dawka 75 mg/m^2 pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. ***1.4. 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** Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktu Leczniczego poszczególnych leków.	2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemtuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) biochemia: bilirubina, AST, ALT, b) koagulogram: APTT, PT lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) EKG. ***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu lub po 2 cyklach, a następnie co 2 kolejne cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji; 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH; 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem,

innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie w przypadku terapii** ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną); 2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy. U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. ***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – 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.		b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT. ***2.4. gilterytynibem w monoterapii*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia; 2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, bilirubina, AST, ALT, stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP); 3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia: a) EKG. **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

Do rozważenia pominięcie gemtuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. ***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z* azacytydyną** 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. ***2.4. gilterytynibem w monoterapii*** 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zaleconej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gliterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 2) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego; 3) ciąża lub karmienie piersią;		programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

4) rezygnacja pacjenta; 5) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*, b) progresja w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu); 6) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* lub *gilterytynibem w monoterapii*.		

Załącznik B.115.

LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓŁISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. *aggressive systemic mastocytosis* – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. *systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm* – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. *Mast cell leukemia* – MCL); 2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieku komórkami tucznymi: a) neutropenia <$1x10^9$/L i/lub niedokrwistość <10 g/dL i/lub małopłytkowość <$100x10^9$/L; b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym; c) splenomegalia z hipersplenizmem; d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i utratą wagi ciała; e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości; 3) wiek ≥18 lat; 4) stan ogólny ECOG 0-2;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę. Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach. Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena stanu ogólnego (ECOG); 2) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina; c) APTT, PT, fibrynogen; d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG); 4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę; 5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117); 6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT; 7) ocena stężenia tryptazy w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym

5) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego; Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) ciężka niewydolność wątroby; 2) objawowa zastoinowa niewydolność serca; 3) czynne, ciężkie zakażenie; 4) ciąża lub karmienie piersią; 5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) ciąża lub karmienie piersią; 2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego); 5) rezygnacja pacjenta.		roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina; c) APTT, PT; d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach. 2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące. 3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.117.

LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla; 4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek ≥ 18 lat; 7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie. Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego; 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem; 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C; 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach: a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9$/l, b) liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l, c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9$/l, d) stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5 \times$ GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5 \times$ GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5 \times$ GGN u chorych z przerzutami 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:		**2. Monitorowanie leczenia** 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych; 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta, – nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu. – **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie; 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.		

Załącznik B.118.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ CUSHINGA (ICD-10: E24.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat; 2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem; 3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria: a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej, b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu. Dawkę można stopniowo dostosować co 2 do 4 miesięcy, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji. Maksymalna dawka produktu leczniczego Signifor w chorobie Cushinga wynosi 40 mg co 4 tygodnie. Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii; 2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu; 3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu; 4) ocena wyrównania czynności tarczycy; 5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); 7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR; 8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego; 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania;* 4) objawowa kamica żółciowa; 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh); 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN; 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyreotydem w najwyższej tolerowanej dawce;		10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna. **2. Monitorowanie leczenia** Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo. 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące); 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące); 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych; 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenie glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 10) ciąża lub karmienia piersią; 11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.		5) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia pasyreotydem; 6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych; 7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych; 8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych; 9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu; 10) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej

		przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.119.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCYM, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANYM LUB Z PRZERZUTAMI, ZRÓŻNICOWANYM (BRODAWKOWATYM/PĘCHERZYKOWYM/OKSYFILNYM - Z KOMÓREK HÜRTHLE'A) RAKIEM TARCZYCY, OPORNYM NA LECZENIE JODEM RADIOAKTYWNYM (ICD-10 C 73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a; 2) potwierdzenie miejscowego zaawansowania lub przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych; 3) udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi; 4) progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu; 5) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;	**1. Sorafenib** 1.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. 1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia. Następnie, w pierwszej kolejności należy dążyć do wdrożenia adekwatnej profilaktyki/terapii powikłań (np. efektywne leczenie nadciśnienia tętniczego, zespołu dłoniowo-podeszwowego) i dopiero w przypadku nieskuteczności takiego postępowania powinno się rozważać zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 600 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg i 1 tabletka po 200 mg co 12 godzin), jeśli konieczne jest dalsze zmniejszenie dawki leku należy stosować dawkę 400 mg dziennie (1 tabletka 200 mg co 12 godzin), a jeśli konieczna będzie dalsza redukcja dawki, sorafenib należy stosować w dawce 200 mg raz na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny – w surowicy; b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 7) scyntygrafia kości; 8) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy; 9) Rtg lub tomografia komputerowa klatki piersiowej; 10) elektrokardiogram; 11) pomiar ciśnienia tętniczego; 12) inne badania w razie wskazań klinicznych.

7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 9) wykluczenie ciąży u kobiet; 10) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania sorafenibu, którymi są alergia na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni sorafenibem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem 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) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego za wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry, raka szyjki macicy in situ, albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało	1.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane związane z leczeniem nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku należy zakończyć leczenie. 1.4. Po zmniejszeniu nasilenia działań niepożądanych innych niż hematologiczne w stopniu 4 wg CTC, możliwe jest ponowne zwiększenie dawki sorafenibu.	**2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) kreatyniny c) transaminaz (AspAT, AlAT), d) wapnia, e) TSH – w surowicy; 3) elektrokardiogram; 4) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny odpowiedniego obszaru ciała; 5) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się: 1) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie; 2) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc; 3) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące; 4) po 12 miesiącu terapii- co 4 miesiące. Pierwsze badanie obrazowe wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne. Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.

charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji; 2) obecność istotnych schorzeń współistniejących: a) niekontrolowana infekcja, b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA; 3) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania sorafenibu. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) udokumentowana progresja w trakcie leczenia; 2) wystąpienie nadwrażliwości na sorafenib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stan sprawności wg ECOG 3 lub 4; 4) nawracająca pomimo redukcji dawki i/lub przerwy w leczeniu lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia wg WHO; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu wymagających leczenia; 6) jakiekolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia sorafenibem.		**2. 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.121.

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** 1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększać o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg. 1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby: a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę; b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę). Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni. 1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 8) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 9) badanie EKG; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu. **1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:**

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ciąża i karmienie piersią; 2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu; 3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna); 4) padaczka; 5) niewyrównana astma oskrzelowa; 6) jednoczesne stosowanie sultoprydu; 7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT; 8) występowanie wrodzonego zespołu QT.		1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 6) badanie EKG; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny. **2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) AlAT; 4) AspAT; 5) badanie EKG; 6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

Załącznik B.122.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria: 1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II; 2) wiek od 12 roku życia; 3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie. U pacjentów z dobrą kontrola choroby (brak objawów HAE prze więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie. W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenia inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 2) aktywności inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane, gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 3) stężenia składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 4) stężenia 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),

2. Kryteria wyłączenia Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) ciąża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym ds. Chorób Ultrarzadkich może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach, gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia; 2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.		b) aminotransferazy alaninowej (AlAT), c) bilirubiny całkowitej; 10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta. **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) morfologia krwi; 2) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego; 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita; 4) oznaczenie INR; 5) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT). Badania wykonuje się co 6 miesięcy. **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.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą i siarczanem cynku*; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą*. Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kayser Fleischera. **2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:

3. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych; 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu; 5) karmienie piersią; 6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia; 7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.		1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne; 3) badanie ogólne moczu; 4) morfologia; 5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 6) czas protrombinowy (PT); 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby. Badania przeprowadzone raz w roku: 1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej. Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia. W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie

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

Załącznik B.124.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (ICD-10: L20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii dupilumabem, lub b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii upadacytynibem, lub c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii baricytynibem; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI≥20) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy, u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne oraz w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów: a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.: – niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej albo – przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, albo – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej,	**1. Dawkowanie** 1) **dupilumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. 2) **upadacytynib** i **baricytynib** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) odczyn Biernackiego (OB) lub stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie aminotransferazy alaninowej AIAT, e) stężenie aminotransferazy asparaginianowej AspAT, f) lipidogram w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą

b) u osób w wieku 18 lat i powyżej: – niepowodzenie leczenia cyklosporyną, albo – przeciwwskazania do stosowania cyklosporyny, które uniemożliwiają jej zastosowanie, albo – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia cyklosporyną; 3) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego substancji czynnej, którą odbywa się leczenie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie dupilumabem, upadacytynibem lub baricytynibem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Kryteria uniemożliwiające włącznie do programu** 1) przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym; 2) aktywne zakażenie pasożytnicze lub infekcja, która w opinii lekarza jest przeciwskazaniem do terapii dupilumabem; 3) ciąża lub laktacja. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną.		ilościową, c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 4) badanie ogólne moczu; 5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 6) EKG z opisem w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia dupilumabem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem; 8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI; 11) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania po 16 tygodniach** (+/- 14dni)**, a następnie co 3 miesiące** (+/- 14 dni): 1) morfologia krwi z rozmazem,; 2) badania biochemiczne:

1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po 16 tygodniach leczenia substancją czynną ujętą w programie lekowym rozumiany jako spełniający łącznie następujące kryteria: 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 o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji, oraz c) w przypadku leczenia dupilumabem osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki; 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia dupilumabem rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI); 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną; 4) ciąża lub laktacja; 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 6) rezygnacja pacjenta; 7) spełnienie któregokolwiek z kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami określonymi w punkcie 3.		a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika; c) odczyn Biernackiego (OB) lub stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT, f) lipidogram w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem lub baricytynibem; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 5) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI; 6) ocena skuteczności zastosowanej 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 (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

5. Ponowne włączenie do programu 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynne 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.		3) 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.125.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO SKÓRY CEMIPLIMABEM (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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1.1. histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 1.2. wiek ≥18 roku życia; 1.3. adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: 1) wyniki badań czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta nieprzekraczające 3-krotnie GGN b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN,	Dawkowanie cemiplimabu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zalecane dawkowanie cemiplimabu to 350 mg co 3 tyg. we wlewie dożylnym przez 30 min.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym; 2) badanie przedmiotowe; 3) ocena sprawności w skali ECOG; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenia stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie TSH i FT4; 10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;

2) wynik czynności nerek: a) stężenie kreatyniny w surowicy nieprzekraczające 2,0 mg/dL, 3) wynik czynności szpiku kostnego: a) stężenie hemoglobiny co najmniej 8,5 g/dl b) liczba neutrofilii (ANC) co najmniej 1000/µl c) liczba płytek krwi co najmniej 75000/µl; 1.4. kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 1.5. wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 1.6. wykluczenie przeciwwskazań opisanych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którakolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża lub karmienie piersią; 3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 4) obecność innych przeciwskazań do zastosowania cemiplimabu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;		13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **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 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 w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie przed decyzją o kontynuowaniu leczenia. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym (nieresekcyjnym) rakiem kolczystokomórkowym skóry:** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego SCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST 1.1 w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;

5) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria); 6) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 8) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie; 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem. Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji terapii cemiplimabem są kwalifikowani również pacjenci uprzednio leczeni cemiplimabem (w ramach innego sposobu finansowania) o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili kryteria kwalifikacji określone w punkcie 1 i nie spełnili kryteriów wyłączenia z leczenia określonych w punkcie 3.		3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy obejmujący ocenę danych radiologicznych wg. RECIST 1.1 i cyfrowych zdjęć medycznych (kryteria WHO). Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST1.1. **3.2. U pacjentów z rakiem kolczystokomórkowym skóry z przerzutami:** 1) ocena kliniczna wraz z cyfrową dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 2) badanie TK lub MR odpowiedniego obszaru – w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; w przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. **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.126.

LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji (łącznie) 1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine); 2) wiek ≥18. roku życia; 3) szybka progresja choroby definiowana jako: a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m^2, lub b) zmniejszenie eGFR ≥ 2,5 ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m^2, lub c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV > 5% na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki > 16,5 cm w badaniu USG. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) eGFR; 2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) aktywność AlAT, AspAT; 5) stężenie elektrolitów w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT; 2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR; 3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwskazania do tego badania; 4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek. **3. Monitorowanie programu**

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny; 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) uzyskanie eGFR<15ml; 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia; 5) hipernatremia; 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego; 7) ciąża lub karmienie piersią.		1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.127.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIĘ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej; 3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) liczba płytek krwi ≤30 000/µl; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę. Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi ≥ 50 000/µl. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: a) wykonywane co 1 miesiąc:

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia; 3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem; 4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii; 5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (≥ 3 x GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem ≥ 3 x wartość wyjściowa lub > 5 x GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.	wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym uniezależnienie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości < 30 000/µl, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do < 9 g/dl lub całkowita liczba neutrofili wyniesie < 0,5 x 109 /l, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	– morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: a) okresowa kontrola okulistyczna; 6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.128.FM.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) wiek ≥12 lat; 2) udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu ≥4 × górna granica normy (GGN) w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych: a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych: – AIP: mutacja w genie *HMBS*, – HCP: mutacja w genie *CPOX*,	**1. Dawkowanie** Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; 2) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 3) badanie ogólne moczu; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; 5) ALA i PBG w moczu; 6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

– VP: mutacja w genie *PPOX*,

– ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD,

b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%);

3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;

4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia.

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

2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu

Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:

1) ALT >2×GGN,

2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN),

3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5);

4) eGFR <15ml/min/1,73m2 przy zastosowaniu wzoru MDRD;

wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA);

7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Raz na miesiąc:

1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;

2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;

3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;

4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne.

2.2. Raz na 6 miesięcy:

1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;

2) Poziom ALA i PBG w moczu.

2.3. Raz na rok:

1) Ocena skuteczności terapii:

5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie; 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie; 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV; 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia; 9) karmienie piersią; 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego); 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 12) wcześniejsze leczenie giwosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni giwosyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.		a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych, b) liczba dni stosowania heminy rocznie, c) poziom ALA i PBG w moczu, d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3). 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej; a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego; 3) eGFR <15ml/min/1,73m^2 przy zastosowaniu wzoru MDRD; 4) zakażenie HIV, HCV lub HBV; 5) zapalenie trzustki; 6) nadwrażliwość na lek; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.		

Załącznik B.129.FM.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta: 1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym; 2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR>30 ml/min/1,73m^2); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem ≥0,70 mmol /1,73 m^2/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B_6 (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem ≥ 30% w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Stosowanie produktu leczniczego Oxlumo obejmuje dawki nasycające podawane raz w miesiącu przez 3 miesiące, a następnie dawki podtrzymujące podawane po miesiącu od ostatniej dawki nasycającej, zależne od masy ciała: 1) masa ciała poniżej 10 kg: – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu; 2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące; 3) masa ciała 20 kg i więcej: – dawka nasycająca 3 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące. Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar wzrostu i masy ciała; 2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym; 3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT; 4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV; 5) ocena laboratoryjna: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m^2/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żylnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. **2. Monitorowanie leczenia** Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.

2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m^2; 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN); 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C; 4) przeszczepienie nerki lub wątroby; 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych; 6) ciąża; 7) karmienie piersią; 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia; 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);		**2.1.** Badania co 3 miesiące: 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała; 2) ocena laboratoryjna: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m2/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żylnej, c) badanie ogólne moczu, d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespól Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych; 3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m^2); 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek; 5) ciąża; 6) karmienie piersią; 7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.		a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m^2/24h), b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.130.

LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE'A SPOWODOWANĄ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY (ICD-10: G71.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dystrofii mięśniowej Duchenne'a spowodowanej mutacją nonsensowną w genie dystrofiny dokonuje Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu mogą być zakwalifikowani chodzący pacjenci w wieku od 2 lat i z masą ciała powyżej 12 kg z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną przez mutację nonsensowną w genie dystrofiny (nmDMD). Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać ataluren u. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie atalurenem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu: 1) rano – 10 mg/kg masy ciała, 2) w południe – 10 mg/kg masy ciała; 3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała – do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę. Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny; 2) kreatynina w surowicy, eGFR; 3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK); 4) azot mocznika we krwi; 5) cholesterol całkowity; 6) LDL; 7) HDL; 8) trójglicerydy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co 6 miesięcy: a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy), b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku; 2) Co 12 miesięcy ponadto: a) cholesterol całkowity,

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3 oraz z zastrzeżeniem zawartym w pkt.4. **3. Kryteria wyłączenia** 1) rezygnacja pacjenta; 2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych; 3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów; 4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy). **4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu** Jeżeli konieczne jest leczenie dożylne aminoglikozydami, należy przerwać leczenie atalurenem. Można je wznowić 2 dni po zakończeniu podawania aminoglikozydów. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po zakończeniu podawania aminoglikozydów spełnia kryteria wyłączenia z programu, lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.		b) LDL, c) HDL, d) trójglicerydy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Załącznik B.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBĄ CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu. 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: a) całkowita liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l, b) liczba płytek $\geq 50 \times 10^9$/l, c) hemoglobina < 170 g/l (10,6 mmol/l); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *siltuksymabem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie *siltuksymabu* zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych

2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu. Leczenie *siltuksymabem* powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiekolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksymab* lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO; 3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą; 4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia; 5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG; 6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano; 7) ciąża i laktacja.		zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN). 1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC; 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0; 3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 5) aktywność AspAT, AIAT; 6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa). Badania wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.132.

STOSOWANIE LETERMOWIRU W CELU ZAPOBIEGANIA REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U DOROSŁYCH, SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIENIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) wiek ≥ 18 lat. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki, należy kontynuować do 100 dni po przeszczepieniu.	Zalecane dawkowanie to 1 tabletka 240 mg lub 480 mg na dobę. Modyfikacja dawki letermowiru zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) status serologiczny CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: stężenie bilirubiny i albuminy w surowicy, INR, ASPAT, ALAT, określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: stężenie kreatyniny w surowicy, eGFR. **2. Monitorowanie leczenia** 1) ilościowe badanie CMV DNA - stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu Nie należy włączać do programu pacjentów, u których stwierdzono wystąpienie, co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) wiek ≤ 18 lat; 2) ciężkie (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 3) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępujące umiarkowane (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m^2) lub ciężkie (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m^2) zaburzenia czynności nerek; 4) stosowanie pimozydu, alkaloidów sporyszu, ziela dziurawca zwyczajnego; 5) stosowanie dabigatranu, atorwastatyny, simwastatyny, rosuwastatyny lub pitawastatyny, jeśli konieczne jest stosowanie letermowiru łącznie z cyklosporyną; 6) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (nie dotyczy wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej). Pacjenta należy wyłączyć z programu w przypadku wystąpienia wskazań i spełnienia kryteriów do rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego w oparciu o wynik badania ilościowego CMV DNA w surowicy lub pełnej krwi (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie).		2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.133.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

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) Erenumab 3) Fremanezumab W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorders*, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:	**1. Toksyna botulinowa** Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego. Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j. Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku. **2. Erenumab** Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego: 140 mg erenumabu co 4 tygodnie. **3. Fremanezumab** Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. **2. Badania podczas monitorowania leczenia** 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (± 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego); 6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	225mg fremanezumabu raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.	W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy: 1) liczba dni z bólem głowy, 2) typ bólu głowy, 3) natężenie bólu, 4) czas trwania, 5) objawy towarzyszące, 6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (erenumabem albo fremanezumabem)** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub		

przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%) albo nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy) albo nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;		

6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktu Leczniczego; 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia. **2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu** Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz. **2.1.** Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.		

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **2.2.** Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP. U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:** **3.1.** W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregokolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej. Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia erenumabem albo fremanezumabem) W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A. **3.2.** W II linii leczenia okres podawania erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na		

leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej. Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu. W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR. Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy; 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych; Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.		

3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.		

Załącznik B.134.

ZAPOBIEGANIE POWIKŁANIOM KOSTNYM U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZAAWANSOWANYM PROCESEM NOWOTWOROWYM OBEJMUJĄCYM KOŚCI Z ZASTOSOWANIEM DENOSUMABU (ICD-10: C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikowania 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności wg ECOG 0-2; 3) rozpoznanie: a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity lub b) szpiczak plazmocytowy; 4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność: a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości; lub b) w przypadku szpiczaka plazmocytowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości; 5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub	**1. Dawkowanie denosumabu** Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Wszyscy chorzy powinni otrzymywać co najmniej 500 mg wapnia i 400 j.m. witaminy D na dobę, chyba, że występuje u nich hiperkalcemia (w przypadku hipokalcemii może być konieczne zastosowanie dodatkowej suplementacji wapnia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyki Produktu Leczniczego).	**1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem** **1.1. Guzy lite** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego; 2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Szpiczak plazmocytowy** 1) potwierdzenie diagnozy szpiczaka plazmocytowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;

b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymują obecnie leczenie denosumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego; 2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej; 3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie 4) równoczesne leczenie bisfosfonianami; 5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy). **3. Określenie czasu leczenia** 1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2) W przypadku szpiczaka plazmocytowego: u chorych, którzy po dwóch latach leczenia denosumabem osiągną co najmniej bardzo dobrą częściową remisję dzięki stosowaniu terapii przeciwszpiczakowej można: – odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów		2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia denosumabem** 1) oznaczenie stężenia: a) wapnia w surowicy – w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii. Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego. 2) inne badanie w razie wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

albo – kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii. W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią; 3) wystąpienie martwicy kości szczęki; 4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej; 5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów; 6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy; 7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.135.

LECZENIE NINTEDANIBEM CHOROBY ŚRÓDMIĄŻSZOWEJ PŁUC ZWIĄZANEJ Z TWARDZINĄ UKŁADOWĄ (ICD-10: M34, J.99.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Pierwszorazowa kwalifikacja pacjenta do programu wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie poniższe kryteria a-c: a) wiek ≥ 18 lat, b) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR, c) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową (SSc-ILD) na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR); 2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający	**1. Dawkowanie** 1) nintedanib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR; 2) u wszystkich pacjentów, 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; 3) decyzja o leczeniu innymi lekami immunosupresyjnymi w połączeniu z nintedanibem, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na inne objawy twardziny układowej zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) odczyn Biernackiego (OB); 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) morfologia krwi; 4) płytki krwi (PLT); 5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy; 6) kwas moczowy w surowicy; 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 9) bilirubina w surowicy; 10) protrombina; 11) APTT; 12) badanie ogólne moczu; 13) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF; 14) profil ANA obejmujący min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III; 15) stężenie NT-proBNP; 16) test Quantiferon (do decyzji lekarza); 17) obecność antygenu HBs;

jedno z poniższych kryteriów a-c: a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano: – spadek wartości FVC o co najmniej 10% lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej lub c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc, oraz spełniający oba poniższe kryteria d-e: d) FVC ≥ 40% wartości należnej, e) pojemność dyfuzyjna płuc TLCO powyżej 30% wartości należnej. 3) w szczególnych, uzasadnionych przypadkach, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia nintedanibem w sytuacji niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli	medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego; 4) 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 prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.	18) przeciwciała anty-HCV; 19) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 20) test ciążowy (do decyzji lekarza); 21) kapilaroskopia; 22) EKG; 23) UKG; 24) spirometria; 25) zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO); 26) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją); 27) gazometria krwi lub pulsoksymetria; 28) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie terapii nintedanibem** 1) badania laboratoryjne – po 1 miesiącu (±15 dni), po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać: a) morfologię krwi, b) płytki krwi (PLT), c) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy, d) AspAT i AlAT, e) bilirubinę, f) protrombinę i APTT. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±3 miesiące).

leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną, a także jeśli spodziewana jest korzyść z leczenia nintedanibem, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony; 4) w przypadku kobiet i mężczyzn wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego nintedanib. Ponadto do program lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z kryteriów włączenia do programu oraz z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego nintedanib, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. **3. Określenie czasu leczenia w programie** 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako względne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu		2) badania czynnościowe układu oddechowego – po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku należy wykonać: a) spirometrię, b) zdolność dyfuzyjną płuc dla CO (TLCO), c) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię; 3) badanie obrazowe płuc – po 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku należy wykonać TKWR klatki piersiowej. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania TKWR należy do lekarza prowadzącego; 4) badania układu krążenia: a) EKG po każdych 6 miesiącach (±3 miesiące), b) UKG po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

pierwszych 12 miesięcy (±3 miesiące) leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach (±3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni; 2) wystąpienie działań niepożądanych lub nietolerancji lub przeciwwskazań, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia; 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonej w pkt. 4.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego przerwanie terapii może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta, 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 o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia nintedanibem w programie lekowym. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie nintedanibem w przypadku wystąpienia kryterium wyłączenia z programu określonego w pkt. 4.1 nie jest możliwe. **5. Kryteria ponownego włączenia do programu** pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono progresję choroby w badaniach czynnościowych lub obrazowych płuc, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji; 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z innych przyczyn niż określone w pkt. 4.1 i 5.1, i u którego brak jest		

przeciwwskazań do wznowienia leczenia, 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; 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 4.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.		

Załącznik B.136.FM.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŹLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**DAWKOWANIE LEKÓW**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami: **A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);** **B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).** W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linie leczenia. **1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym możliwym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem do programu albo brak możliwości zastosowania innego skutecznego leczenia gruźlicy płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) zdjęcie RTG klatki piersiowej; 2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny); 3) badanie EKG; 4) pomiar BMI; 5) test ciążowy; 6) test na obecność na wirusa HIV; 7) badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon lub b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem, które w opinii lekarza były zgodne z leczeniem lub

4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL); 6) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii; 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 50 komórek/µl; 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 12) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.		c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:** 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami. W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę. **2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:** 1) morfologia krwi. **2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:** 1) badanie EKG. **2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:** 1) badanie plwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem. **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) w przypadku MDR-TB: a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii lub b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem: – PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów, – leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii; 4) w przypadku XDR-TB: a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji; 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego plwociny, b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

7) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii; 9) brak nadużywania alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 10) BMI > 17 kg/m$^{2;}$ 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl; 12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem; 14) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 26 tygodni. U pacjentów, u których po 26 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancje pomocniczą;		

2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postepowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) BMI < 17 kg/m^2 (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem); 7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl.		

Załącznik B.137.FM.

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD); 3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku; b) cPRA>=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL). **2. Terapia immunosupresyjna** Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA; 2) próba krzyżowa. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy): 1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny; 2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg); 5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki. W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek; 5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności; 6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki; 7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) trwające poważne zakażenie; 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP); 5) negatywny wynik próby krzyżowej.		6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku), b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu, c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata, d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał), e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu, f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.138.FM.

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek powyżej 12 roku życia; 2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych; 3) potwierdzenie obecności przeciwciał anty-AQP4; 4) EDSS od 0 do 6,5 włącznie; 5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6; 7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się	**1. Dawkowanie** **Satralizumab** może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobowa 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobowa 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobowa 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) badanie ogólne moczu, c) CRP, d) AST, ALT, e) lipidogram; 2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD; 3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anty-AQP4; 4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon); 7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygenu HBs), HCV (brak przeciwciał anty-HCV, a w

stosowanie antykoncepcji. Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia. Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia; 3) aktywny nowotwór złośliwy; 4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anty-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;		przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową); 8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo). **2. Monitorowanie leczenia** 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu; 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog); 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych; 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych; 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem. **3. Monitorowanie programu** 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: – czas do wystąpienia rzutu, – częstość rzutów, – jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36) – czas do zgonu, Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii; 7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia. Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. **4. Kryteria wyłączenia** Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicja w pkt. 3; 2) EDSS 8,5 lub więcej; 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL; 4) aktywny nowotwór złośliwy; 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;		i. wzrost o ≥ 1,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o ≥2,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o ≥ 2,0 pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, móżdżkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o ≥1,0 pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0, iv. wzrost o ≥1,0 pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR). b) oczekiwane korzyści zdrowotne: – czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;

6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.		2) ocena bezpieczeństwa: a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) data rozpoczęcia leczenia, b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby, c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36), e) data zgonu, f) data zakończenia leczenia; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.139.

LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI UKŁADU POKARMOWEGO Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)		
1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET)/CT z Ga-DOTATATE) - 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) brak zmian o typie z „mis-match" wykazujących zwiększone gromadzenie F-FDG w badaniu PET/CT, a nie wykazującymi w tych ogniskach zwiększonej ekspresji receptorów somatostatynowych w badaniu PET/CT z Ga-DOTATATE; 5) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę. 177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z Ga-DOTATATE, badanie PET/CT z F-FDG; 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

6) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 9) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane: a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events), b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,		**2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, everolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przezętnicza terapia dowątrobową lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)		
1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);

poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET)/CT z Ga-DOTATATE) - 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) brak zmian o typie z „mis-match" wykazujących zwiększone gromadzenie F-FDG w badaniu PET/CT, a nie wykazującymi w tych ogniskach zwiększonej ekspresji receptorów somatostatynowych w badaniu PET/CT z Ga-DOTATATE; 5) progresja choroby oceniona według kryteriów RECIST w oparciu o TK lub MR podczas ostatnich 3 lat (ostatnie badanie obrazowe wykonane w ciągu 6 tyg. przed zakwalifikowaniem do leczenia) podczas leczenia analogami somatostatyny; 6) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 9) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z Ga-DOTATATE, badanie PET/CT z F-FDG; 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: Kryteria przerwania terapii: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane; a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events); b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii; c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%; d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%; e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		

Załącznik B.140.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór: a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub c) syntetazy argininobursztynianowej, lub d) liazy argininobursztynianowej, lub e) arginazy I, lub	**1. Dawkowanie** Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) stężenie amoniaku we krwi; 2) profil aminokwasów w osoczu; 3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową); 4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu; 5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu; 6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię; 7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego); 8) konsultacja neurologa; 9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie); 10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemia-homocytrulinuria); 2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) nadwrażliwość na substancję czynną; 2) leczenie ostrej hiperamonemii. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie** Spełnienie któregokolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylooctan lub fenylomaślan; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.		**2. Monitorowanie leczenia** Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku): 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii; 2) stężenie amoniaku we krwi; 3) stężenie aminokwasów w osoczu; 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym / intelektualnym); 5) konsultacja neurologa; 6) konsultacja dietetyka. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.141.

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**
1. Leczenie podtrzymujące awelumabem 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 **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego, lub miedniczki nerkowej, lub cewki moczowej, lub moczowodu lub gruczołu krokowego; 2) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 3) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli cisplatyny z gemcytabiną lub karboplatyny z gemcytabiną); 4) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej; 5) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej; 6) stan sprawności 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub	**1. Dawkowanie** Dawka **awelumabu**: **800 mg** Każdy cykl obejmuje **2 tygodnie** leczenia Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH); 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie stężenia glukozy; 11) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg); 12) oznaczenie przeciwciał anty HCV; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 15) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;

ECOG; 7) wiek powyżej 18. roku życia; 8) 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); 9) 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); 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, których przebieg może ulec pogorszeniu w trakcie leczenia stymulującego układ immunologiczny, z wyjątkiem cukrzycy typu 1, bielactwa, łuszczycy, niedoczynności lub nadczynności tarczycy, które nie wymagają leczenia immunosupresyjnego; 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS; 12) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję; 13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby; 14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii awelumabem; 15) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących		17) TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 18) elektrokardiogram (EKG); 19) pomiar ciśnienia tętniczego; 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni); 2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;

stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego; 16) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 17) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 18) brak przeciwwskazań do stosowania awelumabu określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. 19) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z rakiem urotelialnym w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, otrzymujący leczenie podtrzymujące awelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i		2) RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie TK; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 4) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 5) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. **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 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.

bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE; 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.); 5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią – 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.		

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	56,16	58,97	58,97	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
2	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	126,36	132,68	132,68	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
3	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	94,12	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
4	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,16	87,32	87,32	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
5	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,16	87,32	87,32	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
6	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2021-07-01/<2>2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	89,64	94,12	94,12	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
7	Anagrelidum	Anagrelid Aurovitas, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991386436	2020-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	410,40	430,92	430,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
8	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	540,00	567,00	567,00	C.72.	bezpłatny	0 zł
9	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1080,00	1134,00	1134,00	C.72.	bezpłatny	0 zł
10	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2021-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	356,40	374,22	374,22	C.72.	bezpłatny	0 zł
11	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	410,40	430,92	430,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
12	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991362140	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	432,00	453,60	453,60	C.72.	bezpłatny	0 zł
13	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2022-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	484,92	509,17	509,17	C.72.	bezpłatny	0 zł
14	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
15	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1101,60	1156,68	1156,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
16	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2022-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	486,00	510,30	510,30	C.72.	bezpłatny	0 zł
17	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	84,24	88,45	88,45	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
18	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	81,54	85,62	85,62	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
19	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	91,80	96,39	96,39	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
20	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	59,40	62,37	62,37	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
21	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2020-09-01	5 lat	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
22	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1><2>2020-11-01/<3>2022-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7236,00	7597,80	7560,00	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
23	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	2022-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	8640,00	9072,00	9072,00	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
24	Azacitidine	Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	537,84	564,73	564,73	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
25	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2020-11-01/<2>2022-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	537,84	564,73	564,73	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
26	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	518,40	544,32	544,32	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
27	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	777,60	816,48	816,48	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
28	Azacitidinum	Azacitidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	2021-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	516,24	542,05	542,05	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
29	Azacitidinum	Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,40	430,92	430,92	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
30	Azacitidinum	Gerodaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	09008732013641	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,40	430,92	430,92	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
31	Azacitidinum	Zassida, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991454845	2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	421,20	442,26	442,26	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
32	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1566,00	1644,30	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
33	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	391,50	411,08	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
34	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2484,00	2608,20	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
35	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	621,00	652,05	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
36	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	838,08	879,98	879,98	C.67.	bezpłatny	0 zł
37	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	209,52	220,00	220,00	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
38	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><2><3>2021-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1987,20	2086,56	2086,56	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
39	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><2><3><5>2021-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	496,80	521,64	521,64	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
40	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2021-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	521,64	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
41	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4687,20	4921,56	2086,56	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
42	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01/<4>2022-09-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2165,83	2274,12	2086,56	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
43	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01/<4>2022-09-01/<5>2021-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	541,46	568,53	521,64	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
44	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	2022-03-01	<1><3>3 lata/<2>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1825,20	1916,46	1916,46	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.	bezpłatny	0 zł
45	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	2022-03-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	456,30	479,12	479,12	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.	bezpłatny	0 zł
46	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05415062349342	2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2181,60	2290,68	2086,56	C.82.a.; C.82.c.	bezpłatny	0 zł
47	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05415062349359	<1><2>2021-03-01/<3>2021-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	545,40	572,67	521,64	<1>C.82.a.; <2>C.82.c.	bezpłatny	0 zł
48	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	<1><2><3>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1900,80	1995,84	1995,84	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
49	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><2><3><5>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	475,20	498,96	498,96	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
50	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2022-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	18,36	19,28	19,28	C.2.	bezpłatny	0 zł
51	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2022-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	146,88	154,22	154,22	C.2.	bezpłatny	0 zł
52	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	51,30	53,87	51,41	C.2.	bezpłatny	0 zł
53	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2022-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	97,20	102,06	102,06	C.3.	bezpłatny	0 zł
54	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	249,48	261,95	194,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
55	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2021-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	648,00	680,40	680,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
56	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	301,32	316,39	194,40	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
57	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2020-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	623,70	654,89	486,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
58	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1020,60	1071,63	680,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
59	Bortezomibum	Bortezomib Aurovitas, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2022-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	211,46	222,03	222,03	C.76.	bezpłatny	0 zł
60	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	04052682057427	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	124,20	130,41	130,41	C.76.	bezpłatny	0 zł
61	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	04052682057434	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	162,00	170,10	170,10	C.76.	bezpłatny	0 zł
62	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	196,56	206,39	206,39	C.76.	bezpłatny	0 zł
63	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	172,80	181,44	181,44	C.76.	bezpłatny	0 zł
64	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	604,80	635,04	635,04	C.76.	bezpłatny	0 zł
65	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909991382124	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	172,80	181,44	181,44	C.76.	bezpłatny	0 zł
66	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991382131	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	270,00	283,50	283,50	C.76.	bezpłatny	0 zł
67	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	194,40	204,12	204,12	C.76.	bezpłatny	0 zł
68	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. proszku	05909991250829	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	131,76	138,35	138,35	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol. proszku	05909991250812	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	211,68	222,26	222,26	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
70	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2022-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	356,40	374,22	374,22	C.4.	bezpłatny	0 zł
71	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05907626707601	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
72	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	81,00	85,05	85,05	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
73	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	74,52	78,25	67,19	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
74	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	149,04	156,49	134,38	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
75	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	432,00	453,60	447,93	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
76	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	63,99	67,19	67,19	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
77	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	426,60	447,93	447,93	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
78	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	86,40	90,72	67,19	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
79	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	576,00	604,80	447,93	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
80	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	257,04	269,89	269,89	C.6.	bezpłatny	0 zł
81	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	39,96	41,96	41,96	C.6.	bezpłatny	0 zł
82	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
83	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	18,25	19,16	19,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
84	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	170,64	179,17	179,17	C.6.	bezpłatny	0 zł
85	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2022-09-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,62	25,85	25,85	C.6.	bezpłatny	0 zł
86	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	45,90	48,20	48,20	C.6.	bezpłatny	0 zł
87	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	139,32	146,29	146,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
88	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	186,84	196,18	196,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
89	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	36,72	38,56	38,56	C.6.	bezpłatny	0 zł
90	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	104,76	110,00	110,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
91	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	12,74	13,38	13,38	C.6.	bezpłatny	0 zł
92	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	131,76	138,35	138,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
93	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	41,90	44,00	44,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
94	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990477418	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,84	26,08	26,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	76,68	80,51	80,51	C.8.	bezpłatny	0 zł
97	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2022-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	118,80	124,74	124,74	C.10.	bezpłatny	0 zł
98	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	71,28	74,84	74,84	C.11.	bezpłatny	0 zł
99	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	9,03	9,48	9,48	C.11.	bezpłatny	0 zł
100	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	42,12	44,23	44,23	C.11.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
101	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	6,26	6,57	6,57	C.11.	bezpłatny	0 zł
102	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	62,64	65,77	65,77	C.11.	bezpłatny	0 zł
103	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	31,32	32,89	32,89	C.11.	bezpłatny	0 zł
104	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2022-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	493,34	518,01	518,01	C.12.	bezpłatny	0 zł
105	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2022-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2656,80	2789,64	2789,64	C.66.a.; C.66.b.	bezpłatny	0 zł
106	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	54,96	57,71	57,71	C.13.	bezpłatny	0 zł
107	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	14,58	15,31	11,54	C.13.	bezpłatny	0 zł
108	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2022-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	72,52	76,15	76,15	C.13.	bezpłatny	0 zł
109	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,42	8,84	8,84	C.14.	bezpłatny	0 zł
110	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	42,12	44,23	44,23	C.14.	bezpłatny	0 zł
111	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	84,24	88,45	88,45	C.14.	bezpłatny	0 zł
112	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	168,48	176,90	176,90	C.14.	bezpłatny	0 zł
113	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
114	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
115	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	302,40	317,52	317,52	C.16.	bezpłatny	0 zł
116	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	75,60	79,38	79,38	C.16.	bezpłatny	0 zł
117	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
118	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
119	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2022-09-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	23878,80	25072,74	25072,74	C.83.	bezpłatny	0 zł
120	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2020-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	14,58	15,31	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
121	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2021-05-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	18,36	19,28	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
122	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	432,00	453,60	453,60	C.19.	bezpłatny	0 zł
123	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990777006	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	54,00	56,70	56,70	C.19.	bezpłatny	0 zł
124	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	216,00	226,80	226,80	C.19.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
125	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	32,40	34,02	34,02	C.19.	bezpłatny	0 zł
126	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	129,60	136,08	136,08	C.19.	bezpłatny	0 zł
127	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	259,20	272,16	272,16	C.19.	bezpłatny	0 zł
128	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2022-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	36,72	38,56	38,56	C.20.	bezpłatny	0 zł
129	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990471010	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,93	11,48	11,48	C.20.	bezpłatny	0 zł
130	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,64	9,07	9,07	C.20.	bezpłatny	0 zł
131	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	82,08	86,18	86,18	C.20.	bezpłatny	0 zł
132	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	164,16	172,37	172,37	C.20.	bezpłatny	0 zł
133	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	41,04	43,09	43,09	C.20.	bezpłatny	0 zł
134	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	120,96	127,01	127,01	C.20.	bezpłatny	0 zł
135	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2022-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	6,70	7,04	7,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
136	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2021-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	61,56	64,64	64,64	C.20.	bezpłatny	0 zł
137	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2022-03-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1462,86	1536,00	1536,00	C.22.	bezpłatny	0 zł
138	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2021-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	30,24	31,75	31,75	C.20.	bezpłatny	0 zł
139	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	<1>2022-07-01/<2>2021-01-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3580,20	3759,21	3759,21	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
140	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	540,00	567,00	567,00	C.23.	bezpłatny	0 zł
141	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	135,00	141,75	141,75	C.23.	bezpłatny	0 zł
142	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	27,00	28,35	28,35	C.23.	bezpłatny	0 zł
143	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	270,00	283,50	283,50	C.23.	bezpłatny	0 zł
144	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2022-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	124,20	130,41	130,41	C.23.	bezpłatny	0 zł
145	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990796373	2021-11-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	24,84	26,08	26,08	C.23.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
146	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2020-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
147	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	03838989722128	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	720,00	756,00	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
148	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	03838989722135	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
149	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	721,08	757,13	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
150	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
151	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991417673	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	388,80	408,24	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
152	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990334278	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	6588,00	6917,40	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
153	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990334285	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	8208,00	8618,40	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
154	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990334261	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1965,60	2063,88	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
155	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	21,55	C.24.	bezpłatny	0 zł
156	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	41,04	43,09	43,09	C.24.	bezpłatny	0 zł
157	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	82,08	86,18	86,18	C.24.	bezpłatny	0 zł
158	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	12,31	12,93	12,93	C.24.	bezpłatny	0 zł
159	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	30,13	31,64	31,64	C.24.	bezpłatny	0 zł
160	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	60,37	63,39	63,39	C.24.	bezpłatny	0 zł
161	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2020-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	21,55	C.24.	bezpłatny	0 zł
162	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	57,24	60,10	58,32	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
163	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	291,60	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
164	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	91,58	96,16	93,31	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
165	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	457,92	480,82	466,56	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
166	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	81,32	85,39	58,32	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
167	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687787	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	219,45	230,42	230,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
168	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	115,52	121,30	93,31	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
169	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	351,17	368,73	368,73	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
170	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2022-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1554,12	1631,83	1631,83	C.25.	bezpłatny	0 zł
171	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2022-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,57	15,30	15,20	C.26.	bezpłatny	0 zł
172	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
173	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,05	6,35	6,35	C.26.	bezpłatny	0 zł
174	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	60,48	63,50	63,50	C.26.	bezpłatny	0 zł
175	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	12,10	12,71	12,71	C.26.	bezpłatny	0 zł
176	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	7,45	7,82	7,60	C.26.	bezpłatny	0 zł
177	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
178	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,36	15,08	15,08	C.26.	bezpłatny	0 zł
179	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
180	Fulvestrantum	Fulvestrant Glenmark, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441777	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	603,72	633,91	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł
181	Fulvestrantum	Fulvestrant Mylan, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05901797710026	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
182	Fulvestrantum	Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441630	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	614,52	645,25	645,25	C.27.	bezpłatny	0 zł
183	Fulvestrantum	Fulvestrant Sandoz, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991250683	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	621,00	652,05	652,05	C.27.	bezpłatny	0 zł
184	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2021-09-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	507,60	532,98	532,98	C.27.	bezpłatny	0 zł
185	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
186	Fulvestrantum	Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991317331	2021-01-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	777,60	816,48	652,05	C.27.	bezpłatny	0 zł
187	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	1 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161871	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	253,80	266,49	266,49	C.27.	bezpłatny	0 zł
188	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	507,60	532,98	532,98	C.27.	bezpłatny	0 zł
189	Fulvestrantum	Fulvestrant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991441562	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
190	Fulvestrantum	Fulwestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	516,24	542,05	542,05	C.27.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
191	Gefitinibum	Gefitinib Alvogen/Gefitinib Zentiva , tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	864,00	907,20	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
192	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	1078,92	1132,87	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
193	Gefitynibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2022-11-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	1080,00	1134,00	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
194	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	81,00	85,05	85,05	C.28.	bezpłatny	0 zł
195	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	17,82	18,71	18,71	C.28.	bezpłatny	0 zł
196	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	162,00	170,10	170,10	C.28.	bezpłatny	0 zł
197	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	102,60	107,73	107,73	C.28.	bezpłatny	0 zł
198	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	27,00	28,35	28,35	C.28.	bezpłatny	0 zł
199	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	205,20	215,46	215,46	C.28.	bezpłatny	0 zł
200	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 kaps. w butelce	05909990836758	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	72,90	76,55	76,55	C.29.	bezpłatny	0 zł
201	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	86,12	90,43	90,43	C.29.	bezpłatny	0 zł
202	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05415062342206	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	658,45	691,37	691,37	C.30.	bezpłatny	0 zł
203	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05415062342190	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	352,87	370,51	345,69	C.30.	bezpłatny	0 zł
204	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	120,42	126,44	126,44	C.31.	bezpłatny	0 zł
205	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	217,62	228,50	228,50	C.31.	bezpłatny	0 zł
206	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1>2020-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	<1>C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
207	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1>2020-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	<1>C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
208	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	311,85	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
209	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	623,70	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
210	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	297,00	311,85	311,85	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
211	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	594,00	623,70	623,70	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
212	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	162,00	170,10	170,10	C.35.	bezpłatny	0 zł
213	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	21,60	22,68	22,68	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
214	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	270,00	283,50	283,50	C.35.	bezpłatny	0 zł
215	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	54,00	56,70	56,70	C.35.	bezpłatny	0 zł
216	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	137,16	144,02	144,02	C.35.	bezpłatny	0 zł
217	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,30	21,32	21,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
218	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	216,00	226,80	226,80	C.35.	bezpłatny	0 zł
219	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	44,82	47,06	47,06	C.35.	bezpłatny	0 zł
220	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4447,02	4669,37	4669,37	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
221	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2676,67	2810,50	2810,50	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
222	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3557,83	3735,72	3735,72	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
223	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	108,00	113,40	113,40	C.39.	bezpłatny	0 zł
224	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	41,04	43,09	43,09	C.40.	bezpłatny	0 zł
225	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	150,06	157,56	157,56	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
226	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2021-05-01	3 lata	1046.0, Mesnum	146,88	154,22	154,22	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
227	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	201,10	211,16	157,56	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
228	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2022-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	32,36	33,98	33,98	C.41.	bezpłatny	0 zł
229	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2022-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	378,00	396,90	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
230	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2022-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	283,50	297,68	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
231	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2022-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2662,20	2795,31	2795,31	C.43.	bezpłatny	0 zł
232	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2021-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1080,00	1134,00	1134,00	C.73.	bezpłatny	0 zł
233	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2021-01-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	276,48	290,30	290,30	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
234	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	560,76	588,80	588,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
235	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1121,53	1177,61	1177,59	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
236	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1682,28	1766,39	1766,39	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
237	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	43,20	45,36	29,44	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
238	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	32,40	34,02	14,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
239	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	560,76	588,80	588,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
240	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1121,53	1177,61	1177,59	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
241	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2022-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1682,28	1766,39	1766,39	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
242	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	36,17	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
243	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 2 ml	05909990822225	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	5,67	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
244	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 4 ml	05909990822249	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,74	13,38	11,34	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
245	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	5,67	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
246	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	10,80	11,34	11,34	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
247	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	36,17	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
248	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	30,78	32,32	32,32	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
249	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	49,57	52,05	52,05	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
250	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	30,78	32,32	32,32	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
251	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	61,56	64,64	64,64	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
252	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	123,12	129,28	129,28	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
253	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	31,86	33,45	32,32	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
254	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	63,72	66,91	64,64	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
255	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	127,44	133,81	129,28	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
256	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	50,44	52,96	52,96	C.47.	bezpłatny	0 zł
257	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,39	70,76	70,76	C.47.	bezpłatny	0 zł
258	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	25,38	26,65	26,65	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
259	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	141,75	141,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
260	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	108,00	113,40	113,40	C.47.	bezpłatny	0 zł
261	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
262	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	32,40	34,02	34,02	C.47.	bezpłatny	0 zł
263	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	324,00	340,20	340,20	C.47.	bezpłatny	0 zł
264	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	48,60	51,03	51,03	C.47.	bezpłatny	0 zł
265	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	14,58	15,31	15,31	C.47.	bezpłatny	0 zł
266	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
267	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	259,20	272,16	272,16	C.47.	bezpłatny	0 zł
268	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	72,90	76,55	76,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
269	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2021-05-01	2 lata	1033.0, Pegaspargasum	7203,06	7563,21	7563,21	C.48.	bezpłatny	0 zł
270	Pegfilgrastimum	Grasustek, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	04260582610011	2020-09-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1620,00	1701,00	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
271	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1296,00	1360,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
272	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2022-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1836,00	1927,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
273	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2022-03-01	<1>3 lata/<2> <3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
274	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2022-03-01	<1>3 lata/<2> <3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
275	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2022-03-01	<1>3 lata/<2> <3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
276	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	129,60	136,08	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
277	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	648,00	680,40	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
278	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 20 ml	05055565768969	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	647,95	680,35	680,35	C.49.	bezpłatny	0 zł
279	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 4 ml	05055565768952	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	129,59	136,07	136,07	C.49.	bezpłatny	0 zł
280	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 40 ml	05055565768976	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1295,89	1360,68	1360,68	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
281	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05907626706079	2022-05-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	280,80	294,84	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
282	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05907626706086	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1501,20	1576,26	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
283	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	647,95	680,35	680,35	C.49.	bezpłatny	0 zł
284	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	129,59	136,07	136,07	C.49.	bezpłatny	0 zł
285	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1295,89	1360,68	1360,68	C.49.	bezpłatny	0 zł
286	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	646,92	679,27	679,27	C.49.	bezpłatny	0 zł
287	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	128,52	134,95	134,95	C.49.	bezpłatny	0 zł
288	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1294,92	1359,67	1359,67	C.49.	bezpłatny	0 zł
289	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2021-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	18856,80	19799,64	19799,64	C.71.	bezpłatny	0 zł
290	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2503,09	2628,24	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
291	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	680,40	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
292	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	771,12	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
293	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	680,40	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
294	Posaconazolum	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	952,56	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
295	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	679,27	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
296	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	679,27	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
297	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	690,12	724,63	724,63	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
298	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2199,64	2309,62	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
299	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5500,55	5775,58	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
300	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
301	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
302	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	476,28	500,09	500,09	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
303	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2381,40	2500,47	2500,47	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
304	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	9,83	10,32	10,32	C.52.	bezpłatny	0 zł
305	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719350	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	216,00	226,80	226,80	C.64.	bezpłatny	0 zł
306	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719367	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	324,00	340,20	330,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
307	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719374	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	432,00	453,60	425,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
308	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719343	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	43,20	45,36	45,36	C.64.	bezpłatny	0 zł
309	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719381	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	594,00	623,70	590,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
310	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719336	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,80	11,34	11,34	C.64.	bezpłatny	0 zł
311	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	225,00	236,25	236,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
312	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	315,00	330,75	330,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
313	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	405,00	425,25	425,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
314	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	45,00	47,25	47,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
315	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	562,50	590,63	590,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
316	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	11,25	11,81	11,81	C.64.	bezpłatny	0 zł
317	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991288006	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	183,60	192,78	192,78	C.64.	bezpłatny	0 zł
318	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991288037	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	257,04	269,89	269,89	C.64.	bezpłatny	0 zł
319	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991288068	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	330,48	347,00	347,00	C.64.	bezpłatny	0 zł
320	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991287979	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	36,72	38,56	38,56	C.64.	bezpłatny	0 zł
321	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991288099	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	459,00	481,95	481,95	C.64.	bezpłatny	0 zł
322	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991287948	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	9,18	9,64	9,64	C.64.	bezpłatny	0 zł
323	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	401,76	421,85	421,85	C.56.	bezpłatny	0 zł
324	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 0,25 mg	10 szt.	05909990643134	2021-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	386,10	405,41	405,41	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
325	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg	10 szt.	05909990643141	2021-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1458,00	1530,90	1530,90	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
326	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990924660	2022-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
327	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990924677	2022-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	140,40	147,42	147,42	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
328	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990924684	2022-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
329	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
330	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
331	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	24,79	26,03	26,03	C.61.	bezpłatny	0 zł
332	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	123,93	130,13	130,13	C.61.	bezpłatny	0 zł
333	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 1 ml	05909990173617	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	486,86	511,20	511,20	C.63.	bezpłatny	0 zł
334	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 5 ml	05909990173624	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	2434,32	2556,04	2556,04	C.63.	bezpłatny	0 zł
335	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	169,35	177,82	132,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
336	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	254,03	266,73	198,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
337	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	216,00	226,80	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
338	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1080,00	1134,00	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
339	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	32,40	34,02	34,02	C.63.	bezpłatny	0 zł
340	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	162,00	170,10	170,10	C.63.	bezpłatny	0 zł
341	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	21,60	22,68	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
342	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	108,00	113,40	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
343	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	125,71	132,00	132,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
344	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	188,57	198,00	198,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
345	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	502,85	527,99	527,99	C.63.	bezpłatny	0 zł
346	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
347	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	178,20	187,11	187,11	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM LEVOFOLINICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**CALCII FOLINAS**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DARBEPOETIN ALFA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DARBEPOETIN ALFA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM ALPHA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPOETINUM ALPHA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.05.

EPOETINUM BETA

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM BETA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**FILGRASTIMUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**MESNUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ONDANSETRONUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**PEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**RASBURICASUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**APREPITANTUM**	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**VORICONAZOLUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BICALUTAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.0	SERCE
89	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.4	OPŁUCNA
93	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
94	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.1	ŻUCHWA
104	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.0	SKÓRA WARGI
122	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.2	ŁECHTACZKA
141	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
153	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
154	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.3	PRZYMACICZA
155	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.7	INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.0	NAPLETEK
162	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.0	NAJĄDRZE
172	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.2	MOSZNA
174	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.6	MÓŻDŻEK
185	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.2	BRZUCH
192	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.3	MIEDNICA
193	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81	CHOROBA HODGKINA
208	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
234	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
245	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03	CZERNIAK IN SITU
301	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D39.1	JAJNIK
312	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.4	OTRZEWNA
318	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.5	SKÓRA
319	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.6	SUTEK
320	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
328	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BUSULFANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	**BUSULFANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	**BUSULFANUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	**BUSULFANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	**BUSULFANUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	**BUSULFANUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	**BUSULFANUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	**BUSULFANUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	**BUSULFANUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	**BUSULFANUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	**BUSULFANUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	**BUSULFANUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	**BUSULFANUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	**BUSULFANUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	**BUSULFANUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	**BUSULFANUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
17	**BUSULFANUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	**BUSULFANUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	**BUSULFANUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	**BUSULFANUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**BUSULFANUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	**BUSULFANUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2	**CAPECITABINUM**	C16.0	WPUST
3	**CAPECITABINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4	**CAPECITABINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5	**CAPECITABINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6	**CAPECITABINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7	**CAPECITABINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8	**CAPECITABINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9	**CAPECITABINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10	**CAPECITABINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11	**CAPECITABINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
12	**CAPECITABINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
13	**CAPECITABINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
14	**CAPECITABINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
15	**CAPECITABINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
16	**CAPECITABINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
17	**CAPECITABINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
18	**CAPECITABINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
19	**CAPECITABINUM**	C18.7	ESICA
20	**CAPECITABINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CAPECITABINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
22	**CAPECITABINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
23	**CAPECITABINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
24	**CAPECITABINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
25	**CAPECITABINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
26	**CAPECITABINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
27	**CAPECITABINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
28	**CAPECITABINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
29	**CAPECITABINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
30	**CAPECITABINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
31	**CAPECITABINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
32	**CAPECITABINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
33	**CAPECITABINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
34	**CAPECITABINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
2	**CAPECITABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
3	**CAPECITABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
4	**CAPECITABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
5	**CAPECITABINUM**	C25.3	PRZEWOD TRZUSTKOWY *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
6	**CAPECITABINUM**	C25.4	CZĘSC WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
7	**CAPECITABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
8	**CAPECITABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
9	**CAPECITABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*

Załącznik C.5.c.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
2	**CAPECITABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
3	**CAPECITABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
4	**CAPECITABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
5	**CAPECITABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
6	**CAPECITABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*

Załącznik C.6.

CARBOPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CARBOPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**CARBOPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**CARBOPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**CARBOPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**CARBOPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**CARBOPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**CARBOPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**CARBOPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**CARBOPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**CARBOPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**CARBOPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**CARBOPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**CARBOPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**CARBOPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**CARBOPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**CARBOPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**CARBOPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**CARBOPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**CARBOPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**CARBOPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**CARBOPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**CARBOPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**CARBOPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**CARBOPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**CARBOPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**CARBOPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**CARBOPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**CARBOPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**CARBOPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**CARBOPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**CARBOPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**CARBOPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**CARBOPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**CARBOPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**CARBOPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**CARBOPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**CARBOPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**CARBOPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**CARBOPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**CARBOPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**CARBOPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**CARBOPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**CARBOPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**CARBOPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**CARBOPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**CARBOPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**CARBOPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**CARBOPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**CARBOPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**CARBOPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**CARBOPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**CARBOPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**CARBOPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**CARBOPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**CARBOPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**CARBOPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**CARBOPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**CARBOPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**CARBOPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**CARBOPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**CARBOPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**CARBOPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**CARBOPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**CARBOPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**CARBOPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**CARBOPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**CARBOPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**CARBOPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**CARBOPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**CARBOPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**CARBOPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**CARBOPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**CARBOPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**CARBOPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**CARBOPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**CARBOPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**CARBOPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**CARBOPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
79.	**CARBOPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
80.	**CARBOPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią.
81.	**CARBOPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
82.	**CARBOPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
83.	**CARBOPLATINUM**	C16.0	WPUST
84.	**CARBOPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
85.	**CARBOPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
86.	**CARBOPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87.	**CARBOPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
88.	**CARBOPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
89.	**CARBOPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
90.	**CARBOPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
91.	**CARBOPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
92.	**CARBOPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
93.	**CARBOPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
94.	**CARBOPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
95.	**CARBOPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
96.	**CARBOPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
97.	**CARBOPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
98.	**CARBOPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
99.	**CARBOPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
100.	**CARBOPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
101.	**CARBOPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
102.	**CARBOPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
103.	**CARBOPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
104.	**CARBOPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
105.	**CARBOPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
106.	**CARBOPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
107.	**CARBOPLATINUM**	C18.7	ESICA
108.	**CARBOPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
109.	**CARBOPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
110.	**CARBOPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
111.	**CARBOPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
112.	**CARBOPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**CARBOPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
114.	**CARBOPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
115.	**CARBOPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
116.	**CARBOPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
117.	**CARBOPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
118.	**CARBOPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
119.	**CARBOPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
120.	**CARBOPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
121.	**CARBOPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
122.	**CARBOPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
123.	**CARBOPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
124.	**CARBOPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
125.	**CARBOPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
126.	**CARBOPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
127.	**CARBOPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
128.	**CARBOPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
129.	**CARBOPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
130.	**CARBOPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
131.	**CARBOPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
132.	**CARBOPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
133.	**CARBOPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
134.	**CARBOPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
135.	**CARBOPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
136.	**CARBOPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
137.	**CARBOPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
138.	**CARBOPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
139.	**CARBOPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
140.	**CARBOPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
141.	**CARBOPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
142.	**CARBOPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
143.	**CARBOPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
144.	**CARBOPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
145.	**CARBOPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
146.	**CARBOPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
147.	**CARBOPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
148.	**CARBOPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
149.	**CARBOPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
150.	**CARBOPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
151.	**CARBOPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
152.	**CARBOPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
153.	**CARBOPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**CARBOPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
155.	**CARBOPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
156.	**CARBOPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
157.	**CARBOPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
158.	**CARBOPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
159.	**CARBOPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
160.	**CARBOPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
161.	**CARBOPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
162.	**CARBOPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
163.	**CARBOPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
164.	**CARBOPLATINUM**	C38.0	SERCE
165.	**CARBOPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
166.	**CARBOPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
167.	**CARBOPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
168.	**CARBOPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
169.	**CARBOPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
170.	**CARBOPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
171.	**CARBOPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172.	**CARBOPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
173.	**CARBOPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
174.	**CARBOPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
175.	**CARBOPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
176.	**CARBOPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
177.	**CARBOPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
178.	**CARBOPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
179.	**CARBOPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
180.	**CARBOPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
181.	**CARBOPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
182.	**CARBOPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
183.	**CARBOPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
184.	**CARBOPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
185.	**CARBOPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
186.	**CARBOPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
187.	**CARBOPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
188.	**CARBOPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
189.	**CARBOPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
190.	**CARBOPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
191.	**CARBOPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192.	**CARBOPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193.	**CARBOPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194.	**CARBOPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
195.	**CARBOPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
196.	**CARBOPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197.	**CARBOPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
198.	**CARBOPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
199.	**CARBOPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200.	**CARBOPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
201.	**CARBOPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
202.	**CARBOPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
203.	**CARBOPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
204.	**CARBOPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
205.	**CARBOPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
206.	**CARBOPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**CARBOPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**CARBOPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
209.	**CARBOPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**CARBOPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**CARBOPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**CARBOPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**CARBOPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**CARBOPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**CARBOPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**CARBOPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**CARBOPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**CARBOPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**CARBOPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**CARBOPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**CARBOPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**CARBOPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**CARBOPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**CARBOPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
225.	**CARBOPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**CARBOPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**CARBOPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**CARBOPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**CARBOPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**CARBOPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**CARBOPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**CARBOPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**CARBOPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**CARBOPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**CARBOPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
236.	**CARBOPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**CARBOPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**CARBOPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**CARBOPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**CARBOPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**CARBOPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**CARBOPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**CARBOPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**CARBOPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**CARBOPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**CARBOPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**CARBOPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**CARBOPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
249.	**CARBOPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**CARBOPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**CARBOPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
252.	**CARBOPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**CARBOPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**CARBOPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**CARBOPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**CARBOPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**CARBOPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**CARBOPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**CARBOPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**CARBOPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**CARBOPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**CARBOPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
263.	**CARBOPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**CARBOPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**CARBOPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**CARBOPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**CARBOPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**CARBOPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**CARBOPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**CARBOPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**CARBOPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
272.	**CARBOPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
273.	**CARBOPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
274.	**CARBOPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
275.	**CARBOPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
276.	**CARBOPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
277.	**CARBOPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
278.	**CARBOPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
279.	**CARBOPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
280.	**CARBOPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
281.	**CARBOPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
282.	**CARBOPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283.	**CARBOPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
284.	**CARBOPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**CARBOPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
286.	**CARBOPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
287.	**CARBOPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**CARBOPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**CARBOPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
290.	**CARBOPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**CARBOPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**CARBOPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**CARBOPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
294.	**CARBOPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
295.	**CARBOPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
296.	**CARBOPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
297.	**CARBOPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
298.	**CARBOPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
299.	**CARBOPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
300.	**CARBOPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
301.	**CARBOPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
302.	**CARBOPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303.	**CARBOPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
304.	**CARBOPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
305.	**CARBOPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
306.	**CARBOPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
307.	**CARBOPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
308.	**CARBOPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
309.	**CARBOPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
310.	**CARBOPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
311.	**CARBOPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
312.	**CARBOPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
313.	**CARBOPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
314.	**CARBOPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
315.	**CARBOPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
316.	**CARBOPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
317.	**CARBOPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
318.	**CARBOPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
319.	**CARBOPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
320.	**CARBOPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321.	**CARBOPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
322.	**CARBOPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
323.	**CARBOPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
324.	**CARBOPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
325.	**CARBOPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
326.	**CARBOPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
327.	**CARBOPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
328.	**CARBOPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
329.	**CARBOPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
330.	**CARBOPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
331.	**CARBOPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
332.	**CARBOPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
333.	**CARBOPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
334.	**CARBOPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
335.	**CARBOPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
336.	**CARBOPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
337.	**CARBOPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
338.	**CARBOPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
339.	**CARBOPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
340.	**CARBOPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
341.	**CARBOPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
342.	**CARBOPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
343.	**CARBOPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
344.	**CARBOPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
345.	**CARBOPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
346.	**CARBOPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
347.	**CARBOPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
348.	**CARBOPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
349.	**CARBOPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
350.	**CARBOPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
351.	**CARBOPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
352.	**CARBOPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
353.	**CARBOPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
354.	**CARBOPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
355.	**CARBOPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
356.	**CARBOPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
357.	**CARBOPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
358.	**CARBOPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
359.	**CARBOPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
360.	**CARBOPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
361.	**CARBOPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
362.	**CARBOPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
363.	**CARBOPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
364.	**CARBOPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
365.	**CARBOPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
366.	**CARBOPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
367.	**CARBOPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
368.	**CARBOPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
369.	**CARBOPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
370.	**CARBOPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
371.	**CARBOPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
372.	**CARBOPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
373.	**CARBOPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
374.	**CARBOPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
375.	**CARBOPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
376.	**CARBOPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
377.	**CARBOPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
378.	**CARBOPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
379.	**CARBOPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**CARBOPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
381.	**CARBOPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
382.	**CARBOPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
383.	**CARBOPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
384.	**CARBOPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
385.	**CARBOPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
386.	**CARBOPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
387.	**CARBOPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
388.	**CARBOPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
389.	**CARBOPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
390.	**CARBOPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
391.	**CARBOPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
392.	**CARBOPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
393.	**CARBOPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
394.	**CARBOPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
395.	**CARBOPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
396.	**CARBOPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
397.	**CARBOPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
398.	**CARBOPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
399.	**CARBOPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
400.	**CARBOPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
401.	**CARBOPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
402.	**CARBOPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
403.	**CARBOPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
404.	**CARBOPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
405.	**CARBOPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
406.	**CARBOPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
407.	**CARBOPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
408.	**CARBOPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
409.	**CARBOPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
410.	**CARBOPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
411.	**CARBOPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
412.	**CARBOPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
413.	**CARBOPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**CARBOPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
415.	**CARBOPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
416.	**CARBOPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
417.	**CARBOPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
418.	**CARBOPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
419.	**CARBOPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420.	**CARBOPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
421.	**CARBOPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
422.	**CARBOPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
423.	**CARBOPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
424.	**CARBOPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
425.	**CARBOPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
426.	**CARBOPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
427.	**CARBOPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
428.	**CARBOPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
429.	**CARBOPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
430.	**CARBOPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
431.	**CARBOPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432.	**CARBOPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
433.	**CARBOPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
434.	**CARBOPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
435.	**CARBOPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
436.	**CARBOPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
437.	**CARBOPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
438.	**CARBOPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
439.	**CARBOPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
440.	**CARBOPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
441.	**CARBOPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
442.	**CARBOPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
443.	**CARBOPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
444.	**CARBOPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
445.	**CARBOPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
446.	**CARBOPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
447.	**CARBOPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
448.	**CARBOPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
449.	**CARBOPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
450.	**CARBOPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
451.	**CARBOPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
452.	**CARBOPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
453.	**CARBOPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454.	**CARBOPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
455.	**CARBOPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
456.	**CARBOPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
457.	**CARBOPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
458.	**CARBOPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
459.	**CARBOPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
460.	**CARBOPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
461.	**CARBOPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
462.	**CARBOPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
463.	**CARBOPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
464.	**CARBOPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
465.	**CARBOPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
466.	**CARBOPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
467.	**CARBOPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
468.	**CARBOPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
469.	**CARBOPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
470.	**CARBOPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
471.	**CARBOPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
472.	**CARBOPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**CARBOPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
474.	**CARBOPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
475.	**CARBOPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
476.	**CARBOPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
477.	**CARBOPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
478.	**CARBOPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
479.	**CARBOPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
480.	**CARBOPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481.	**CARBOPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
482.	**CARBOPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
483.	**CARBOPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
484.	**CARBOPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
485.	**CARBOPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
486.	**CARBOPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
487.	**CARBOPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
488.	**CARBOPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
489.	**CARBOPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
490.	**CARBOPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
491.	**CARBOPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
492.	**CARBOPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
493.	**CARBOPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
494.	**CARBOPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
495.	**CARBOPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
496.	**CARBOPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
497.	**CARBOPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
498.	**CARBOPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
499.	**CARBOPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
500.	**CARBOPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
501.	**CARBOPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
502.	**CARBOPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
503.	**CARBOPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
504.	**CARBOPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
505.	**CARBOPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
506.	**CARBOPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
507.	**CARBOPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
508.	**CARBOPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
509.	**CARBOPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
510.	**CARBOPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
511.	**CARBOPLATINUM**	D07.1	SROM
512.	**CARBOPLATINUM**	D07.2	POCHWA
513.	**CARBOPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
514.	**CARBOPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
515.	**CARBOPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
516.	**CARBOPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
517.	**CARBOPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
518.	**CARBOPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
519.	**CARBOPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
520.	**CARBOPLATINUM**	D09.2	OKO
521.	**CARBOPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
522.	**CARBOPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
523.	**CARBOPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
524.	**CARBOPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
525.	**CARBOPLATINUM**	D10.0	WARGA
526.	**CARBOPLATINUM**	D10.1	JĘZYK
527.	**CARBOPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
528.	**CARBOPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
529.	**CARBOPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
530.	**CARBOPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
531.	**CARBOPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
532.	**CARBOPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
533.	**CARBOPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
534.	**CARBOPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
535.	**CARBOPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
536.	**CARBOPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
537.	**CARBOPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
538.	**CARBOPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
539.	**CARBOPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
540.	**CARBOPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
541.	**CARBOPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
542.	**CARBOPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
543.	**CARBOPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
544.	**CARBOPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
545.	**CARBOPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
546.	**CARBOPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
547.	**CARBOPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
548.	**CARBOPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
549.	**CARBOPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
550.	**CARBOPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK
551.	**CARBOPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
552.	**CARBOPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
553.	**CARBOPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
554.	**CARBOPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
555.	**CARBOPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
556.	**CARBOPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
557.	**CARBOPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
558.	**CARBOPLATINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
559.	**CARBOPLATINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
560.	**CARBOPLATINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
561.	**CARBOPLATINUM**	D14.1	KRTAŃ
562.	**CARBOPLATINUM**	D14.2	TCHAWICA
563.	**CARBOPLATINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
564.	**CARBOPLATINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
565.	**CARBOPLATINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
566.	**CARBOPLATINUM**	D15.0	GRASICA
567.	**CARBOPLATINUM**	D15.1	SERCE
568.	**CARBOPLATINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
569.	**CARBOPLATINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
570.	**CARBOPLATINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
571.	**CARBOPLATINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
572.	**CARBOPLATINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
573.	**CARBOPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
574.	**CARBOPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
575.	**CARBOPLATINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
576.	**CARBOPLATINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
577.	**CARBOPLATINUM**	D16.5	ŻUCHWA
578.	**CARBOPLATINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
579.	**CARBOPLATINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
580.	**CARBOPLATINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
581.	**CARBOPLATINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
582.	**CARBOPLATINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**CARBOPLATINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**CARBOPLATINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**CARBOPLATINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**CARBOPLATINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**CARBOPLATINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
588.	**CARBOPLATINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**CARBOPLATINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**CARBOPLATINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**CARBOPLATINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**CARBOPLATINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**CARBOPLATINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**CARBOPLATINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**CARBOPLATINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**CARBOPLATINUM**	D28.0	SROM
597.	**CARBOPLATINUM**	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
598.	**CARBOPLATINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**CARBOPLATINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**CARBOPLATINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**CARBOPLATINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**CARBOPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**CARBOPLATINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**CARBOPLATINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**CARBOPLATINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**CARBOPLATINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**CARBOPLATINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**CARBOPLATINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**CARBOPLATINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**CARBOPLATINUM**	D30.0	NERKA
611.	**CARBOPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
612.	**CARBOPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**CARBOPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**CARBOPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**CARBOPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**CARBOPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**CARBOPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**CARBOPLATINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**CARBOPLATINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**CARBOPLATINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**CARBOPLATINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
622.	**CARBOPLATINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**CARBOPLATINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**CARBOPLATINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**CARBOPLATINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**CARBOPLATINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**CARBOPLATINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**CARBOPLATINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**CARBOPLATINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**CARBOPLATINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**CARBOPLATINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**CARBOPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**CARBOPLATINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**CARBOPLATINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**CARBOPLATINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
636.	**CARBOPLATINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**CARBOPLATINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**CARBOPLATINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**CARBOPLATINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**CARBOPLATINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**CARBOPLATINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**CARBOPLATINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**CARBOPLATINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**CARBOPLATINUM**	D35.4	SZYSZYNKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645.	**CARBOPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**CARBOPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**CARBOPLATINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**CARBOPLATINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**CARBOPLATINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**CARBOPLATINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**CARBOPLATINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**CARBOPLATINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**CARBOPLATINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**CARBOPLATINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**CARBOPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**CARBOPLATINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**CARBOPLATINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**CARBOPLATINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**CARBOPLATINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
660.	**CARBOPLATINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**CARBOPLATINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**CARBOPLATINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**CARBOPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**CARBOPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**CARBOPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**CARBOPLATINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**CARBOPLATINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
668.	**CARBOPLATINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**CARBOPLATINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	**CARBOPLATINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**CARBOPLATINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**CARBOPLATINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**CARBOPLATINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**CARBOPLATINUM**	D39.0	MACICA
675.	**CARBOPLATINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**CARBOPLATINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**CARBOPLATINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**CARBOPLATINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**CARBOPLATINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**CARBOPLATINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**CARBOPLATINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**CARBOPLATINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
683.	**CARBOPLATINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**CARBOPLATINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**CARBOPLATINUM**	D41.0	NERKA
686.	**CARBOPLATINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**CARBOPLATINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**CARBOPLATINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**CARBOPLATINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**CARBOPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
691.	**CARBOPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**CARBOPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**CARBOPLATINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**CARBOPLATINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**CARBOPLATINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**CARBOPLATINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**CARBOPLATINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**CARBOPLATINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**CARBOPLATINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**CARBOPLATINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**CARBOPLATINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**CARBOPLATINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**CARBOPLATINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**CARBOPLATINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**CARBOPLATINUM**	D44.0	TARCZYCA
706.	**CARBOPLATINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**CARBOPLATINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**CARBOPLATINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**CARBOPLATINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**CARBOPLATINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**CARBOPLATINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**CARBOPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**CARBOPLATINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
714.	**CARBOPLATINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**CARBOPLATINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**CARBOPLATINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**CARBOPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
718.	**CARBOPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**CARBOPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**CARBOPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**CARBOPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**CARBOPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**CARBOPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**CARBOPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**CARBOPLATINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**CARBOPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
727.	**CARBOPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**CARBOPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**CARBOPLATINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**CARBOPLATINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
731.	**CARBOPLATINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
732.	**CARBOPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
733.	**CARBOPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
734.	**CARBOPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
735.	**CARBOPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
736.	**CARBOPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
737.	**CARBOPLATINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CHLORAMBUCILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	**CHLORAMBUCILUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
3	**CHLORAMBUCILUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	**CHLORAMBUCILUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	**CHLORAMBUCILUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	**CHLORAMBUCILUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	**CHLORAMBUCILUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	**CHLORAMBUCILUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	**CHLORAMBUCILUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	**CHLORAMBUCILUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	**CHLORAMBUCILUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	**CHLORAMBUCILUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	**CHLORAMBUCILUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	**CHLORAMBUCILUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	**CHLORAMBUCILUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	**CHLORAMBUCILUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	**CHLORAMBUCILUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	**CHLORAMBUCILUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**CHLORAMBUCILUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	**CHLORAMBUCILUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**CHLORAMBUCILUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	**CHLORAMBUCILUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	**CHLORAMBUCILUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	**CHLORAMBUCILUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	**CHLORAMBUCILUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	**CHLORAMBUCILUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	**CHLORAMBUCILUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	**CHLORAMBUCILUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
29	**CHLORAMBUCILUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	**CHLORAMBUCILUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	**CHLORAMBUCILUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	**CHLORAMBUCILUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	**CHLORAMBUCILUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	**CHLORAMBUCILUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
35	**CHLORAMBUCILUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	**CHLORAMBUCILUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	**CHLORAMBUCILUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**CHLORAMBUCILUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**CHLORAMBUCILUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	**CHLORAMBUCILUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	**CHLORAMBUCILUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	**CHLORAMBUCILUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CHLORAMBUCILUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	**CHLORAMBUCILUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	**CHLORAMBUCILUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	**CHLORAMBUCILUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	**CHLORAMBUCILUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CICLOSPORINUM**	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	**CICLOSPORINUM**	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	**CICLOSPORINUM**	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	**CICLOSPORINUM**	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	**CICLOSPORINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	**CICLOSPORINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	**CICLOSPORINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	**CICLOSPORINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	**CICLOSPORINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CISPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CISPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CISPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CISPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CISPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CISPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CISPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CISPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CISPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CISPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CISPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CISPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CISPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CISPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CISPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CISPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CISPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CISPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CISPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**CISPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CISPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CISPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CISPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CISPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CISPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CISPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CISPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CISPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CISPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CISPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CISPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CISPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CISPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CISPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CISPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CISPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CISPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**CISPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CISPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	**CISPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CISPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CISPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CISPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CISPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CISPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CISPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CISPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CISPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CISPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CISPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CISPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CISPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CISPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CISPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CISPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CISPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CISPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CISPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CISPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CISPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CISPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CISPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	**CISPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CISPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CISPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CISPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CISPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CISPLATINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**CISPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**CISPLATINUM**	C16.0	WPUST
89	**CISPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	**CISPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**CISPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**CISPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**CISPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	**CISPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**CISPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**CISPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**CISPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**CISPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**CISPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**CISPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**CISPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**CISPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**CISPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**CISPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**CISPLATINUM**	C18.7	ESICA
113	**CISPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	**CISPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**CISPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**CISPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	**CISPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**CISPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**CISPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**CISPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**CISPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**CISPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**CISPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**CISPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**CISPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	**CISPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**CISPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**CISPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**CISPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**CISPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**CISPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	**CISPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**CISPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**CISPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**CISPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**CISPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**CISPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**CISPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**CISPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**CISPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**CISPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**CISPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**CISPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**CISPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**CISPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**CISPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**CISPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**CISPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**CISPLATINUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	**CISPLATINUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**CISPLATINUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**CISPLATINUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**CISPLATINUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**CISPLATINUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**CISPLATINUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**CISPLATINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	**CISPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	**CISPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	**CISPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	**CISPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	**CISPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	**CISPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	**CISPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	**CISPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
177	**CISPLATINUM**	C38.0	SERCE
178	**CISPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	**CISPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	**CISPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	**CISPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	**CISPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	**CISPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	**CISPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	**CISPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	**CISPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	**CISPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	**CISPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	**CISPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	**CISPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	**CISPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	**CISPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
197	**CISPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	**CISPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	**CISPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	**CISPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	**CISPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	**CISPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	**CISPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	**CISPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	**CISPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	**CISPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	**CISPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	**CISPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	**CISPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	**CISPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	**CISPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	**CISPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	**CISPLATINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	**CISPLATINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
215	**CISPLATINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	**CISPLATINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	**CISPLATINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	**CISPLATINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	**CISPLATINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
220	**CISPLATINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	**CISPLATINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	**CISPLATINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
226	**CISPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	**CISPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	**CISPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	**CISPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	**CISPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	**CISPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	**CISPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	**CISPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	**CISPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	**CISPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	**CISPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	**CISPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	**CISPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	**CISPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	**CISPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	**CISPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	**CISPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	**CISPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	**CISPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	**CISPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	**CISPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	**CISPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	**CISPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	**CISPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	**CISPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	**CISPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	**CISPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	**CISPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	**CISPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	**CISPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	**CISPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	**CISPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	**CISPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	**CISPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	**CISPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	**CISPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	**CISPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	**CISPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	**CISPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	**CISPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	**CISPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	**CISPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	**CISPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	**CISPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	**CISPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
281	**CISPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
282	**CISPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	**CISPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	**CISPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
290	**CISPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
291	**CISPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	**CISPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	**CISPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	**CISPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	**CISPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	**CISPLATINUM**	C60.0	NAPLETEK
298	**CISPLATINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	**CISPLATINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	**CISPLATINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	**CISPLATINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	**CISPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	**CISPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
309	**CISPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	**CISPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
311	**CISPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	**CISPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	**CISPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	**CISPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	**CISPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	**CISPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	**CISPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	**CISPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	**CISPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	**CISPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	**CISPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	**CISPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
326	**CISPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	**CISPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	**CISPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	**CISPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	**CISPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	**CISPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	**CISPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	**CISPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	**CISPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
335	**CISPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
336	**CISPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
337	**CISPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	**CISPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	**CISPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	**CISPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
341	**CISPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	**CISPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	**CISPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	**CISPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	**CISPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	**CISPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	**CISPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	**CISPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	**CISPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	**CISPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	**CISPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	**CISPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	**CISPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	**CISPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
355	**CISPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	**CISPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	**CISPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	**CISPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	**CISPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	**CISPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
361	**CISPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	**CISPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
363	**CISPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	**CISPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	**CISPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	**CISPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	**CISPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	**CISPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	**CISPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
370	**CISPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	**CISPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	**CISPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	**CISPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	**CISPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	**CISPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	**CISPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
377	**CISPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
379	**CISPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	**CISPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	**CISPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
382	**CISPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	**CISPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	**CISPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
385	**CISPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
386	**CISPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	**CISPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	**CISPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	**CISPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	**CISPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	**CISPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	**CISPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	**CISPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	**CISPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	**CISPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	**CISPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	**CISPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	**CISPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	**CISPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
400	**CISPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	**CISPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	**CISPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	**CISPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	**CISPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	**CISPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	**CISPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	**CISPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	**CISPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	**CISPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	**CISPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	**CISPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	**CISPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	**CISPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	**CISPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	**CISPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	**CISPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	**CISPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	**CISPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	**CISPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	**CISPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
421	**CISPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	**CISPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	**CISPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	**CISPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	**CISPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	**CISPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	**CISPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	**CISPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	**CISPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	**CISPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	**CISPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	**CISPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	**CISPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	**CISPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	**CISPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	**CISPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	**CISPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	**CISPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	**CISPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	**CISPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	**CISPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	**CISPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	**CISPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	**CISPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	**CISPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	**CISPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
447	**CISPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	**CISPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	**CISPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	**CISPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	**CISPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	**CISPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
453	**CISPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	**CISPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	**CISPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	**CISPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	**CISPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
458	**CISPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	**CISPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	**CISPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	**CISPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	**CISPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	**CISPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	**CISPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	**CISPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	**CISPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	**CISPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	**CISPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	**CISPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	**CISPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	**CISPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	**CISPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	**CISPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
474	**CISPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	**CISPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	**CISPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	**CISPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	**CISPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	**CISPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	**CISPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
481	**CISPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	**CISPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	**CISPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	**CISPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	**CISPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	**CISPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	**CISPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	**CISPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	**CISPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	**CISPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	**CISPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	**CISPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	**CISPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	**CISPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	**CISPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	**CISPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	**CISPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	**CISPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	**CISPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	**CISPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	**CISPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	**CISPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	**CISPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	**CISPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	**CISPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	**CISPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	**CISPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	**CISPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	**CISPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	**CISPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	**CISPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	**CISPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	**CISPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	**CISPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	**CISPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
516	**CISPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	**CISPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
518	**CISPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	**CISPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	**CISPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	**CISPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	**CISPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	**CISPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
524	**CISPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	**CISPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	**CISPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	**CISPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	**CISPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	**CISPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	**CISPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	**CISPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**CISPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	**CISPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	**CISPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	**CISPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	**CISPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	**CISPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	**CISPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	**CISPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	**CISPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	**CISPLATINUM**	D07.1	SROM
542	**CISPLATINUM**	D07.2	POCHWA
543	**CISPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	**CISPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
545	**CISPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	**CISPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	**CISPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	**CISPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
549	**CISPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	**CISPLATINUM**	D09.2	OKO
551	**CISPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	**CISPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	**CISPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	**CISPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	**CISPLATINUM**	D10.0	WARGA
556	**CISPLATINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	**CISPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	**CISPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	**CISPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
560	**CISPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	**CISPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	**CISPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	**CISPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	**CISPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	**CISPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	**CISPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	**CISPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	**CISPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	**CISPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	**CISPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	**CISPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	**CISPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	**CISPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	**CISPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	**CISPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	**CISPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	**CISPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
578	**CISPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	**CISPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	**CISPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	**CISPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	**CISPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
583	**CISPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	**CISPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
585	**CISPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	**CISPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
587	**CISPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	**CISPLATINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	**CISPLATINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	**CISPLATINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	**CISPLATINUM**	D14.1	KRTAŃ
592	**CISPLATINUM**	D14.2	TCHAWICA
593	**CISPLATINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	**CISPLATINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	**CISPLATINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
596	**CISPLATINUM**	D15.0	GRASICA
597	**CISPLATINUM**	D15.1	SERCE
598	**CISPLATINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	**CISPLATINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	**CISPLATINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	**CISPLATINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	**CISPLATINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	**CISPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	**CISPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	**CISPLATINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	**CISPLATINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	**CISPLATINUM**	D16.5	ŻUCHWA
608	**CISPLATINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	**CISPLATINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	**CISPLATINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	**CISPLATINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	**CISPLATINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	**CISPLATINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	**CISPLATINUM**	D20.1	OTRZEWNA
615	**CISPLATINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	**CISPLATINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	**CISPLATINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	**CISPLATINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	**CISPLATINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	**CISPLATINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	**CISPLATINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	**CISPLATINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	**CISPLATINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	**CISPLATINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	**CISPLATINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	**CISPLATINUM**	D28.0	SROM
627	**CISPLATINUM**	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	**CISPLATINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	**CISPLATINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	**CISPLATINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	**CISPLATINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	**CISPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
633	**CISPLATINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	**CISPLATINUM**	D29.2	JĄDRO
635	**CISPLATINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
636	**CISPLATINUM**	D29.4	MOSZNA
637	**CISPLATINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	**CISPLATINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	**CISPLATINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	**CISPLATINUM**	D30.0	NERKA
641	**CISPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	**CISPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
643	**CISPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	**CISPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	**CISPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	**CISPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	**CISPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
648	**CISPLATINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
649	**CISPLATINUM**	D31.1	ROGÓWKA
650	**CISPLATINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
651	**CISPLATINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	**CISPLATINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	**CISPLATINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	**CISPLATINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	**CISPLATINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	**CISPLATINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	**CISPLATINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	**CISPLATINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	**CISPLATINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	**CISPLATINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	**CISPLATINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
662	**CISPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
663	**CISPLATINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	**CISPLATINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	**CISPLATINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	**CISPLATINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	**CISPLATINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	**CISPLATINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	**CISPLATINUM**	D35.0	NADNERCZA
670	**CISPLATINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	**CISPLATINUM**	D35.2	PRZYSADKA
672	**CISPLATINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	**CISPLATINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
674	**CISPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	**CISPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
676	**CISPLATINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	**CISPLATINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	**CISPLATINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	**CISPLATINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	**CISPLATINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	**CISPLATINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	**CISPLATINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	**CISPLATINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	**CISPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	**CISPLATINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	**CISPLATINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	**CISPLATINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
688	**CISPLATINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	**CISPLATINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
690	**CISPLATINUM**	D37.5	ODBYTNICA
691	**CISPLATINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	**CISPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	**CISPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	**CISPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	**CISPLATINUM**	D38.0	KRTAŃ
696	**CISPLATINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	**CISPLATINUM**	D38.2	OPŁUCNA
698	**CISPLATINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
699	**CISPLATINUM**	D38.4	GRASICA
700	**CISPLATINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	**CISPLATINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	**CISPLATINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	**CISPLATINUM**	D39.0	MACICA
704	**CISPLATINUM**	D39.1	JAJNIK
705	**CISPLATINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
706	**CISPLATINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	**CISPLATINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	**CISPLATINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	**CISPLATINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	**CISPLATINUM**	D40.1	JĄDRO
711	**CISPLATINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	**CISPLATINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	**CISPLATINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	**CISPLATINUM**	D41.0	NERKA
715	**CISPLATINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	**CISPLATINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
717	**CISPLATINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	**CISPLATINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
719	**CISPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	**CISPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	**CISPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	**CISPLATINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	**CISPLATINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	**CISPLATINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	**CISPLATINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	**CISPLATINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	**CISPLATINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	**CISPLATINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	**CISPLATINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	**CISPLATINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	**CISPLATINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	**CISPLATINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	**CISPLATINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	**CISPLATINUM**	D44.0	TARCZYCA
735	**CISPLATINUM**	D44.1	NADNERCZA
736	**CISPLATINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	**CISPLATINUM**	D44.3	PRZYSADKA
738	**CISPLATINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	**CISPLATINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
740	**CISPLATINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
741	**CISPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
742	**CISPLATINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	**CISPLATINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	**CISPLATINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	**CISPLATINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	**CISPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	**CISPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	**CISPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	**CISPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	**CISPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
752	**CISPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
753	**CISPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
754	**CISPLATINUM**	D48.6	SUTEK
755	**CISPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	**CISPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	**CISPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	**CISPLATINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	**CISPLATINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
760	**CISPLATINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	**CISPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	**CISPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	**CISPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	**CISPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
765	**CISPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	**CISPLATINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLADRIBINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	**CLADRIBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	**CLADRIBINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	**CLADRIBINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	**CLADRIBINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	**CLADRIBINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	**CLADRIBINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	**CLADRIBINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	**CLADRIBINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	**CLADRIBINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	**CLADRIBINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	**CLADRIBINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
14	**CLADRIBINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	**CLADRIBINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**CLADRIBINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	**CLADRIBINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	**CLADRIBINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	**CLADRIBINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	**CLADRIBINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	**CLADRIBINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	**CLADRIBINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	**CLADRIBINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	**CLADRIBINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	**CLADRIBINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
26	**CLADRIBINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	**CLADRIBINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	**CLADRIBINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	**CLADRIBINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	**CLADRIBINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	**CLADRIBINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	**CLADRIBINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	**CLADRIBINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	**CLADRIBINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	**CLADRIBINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	**CLADRIBINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	**CLADRIBINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	**CLADRIBINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	**CLADRIBINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	**CLADRIBINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	**CLADRIBINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	**CLADRIBINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	**CLADRIBINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	**CLADRIBINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	**CLADRIBINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	**CLADRIBINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	**CLADRIBINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	**CLADRIBINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	**CLADRIBINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	**CLADRIBINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	**CLADRIBINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	**CLADRIBINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	**CLADRIBINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**CLADRIBINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**CLADRIBINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	**CLADRIBINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	**CLADRIBINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	**CLADRIBINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	**CLADRIBINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	**CLADRIBINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	**CLADRIBINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	**CLADRIBINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**CLADRIBINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**CLADRIBINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**CLADRIBINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	**CLADRIBINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	**CLADRIBINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	**CLADRIBINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	**CLADRIBINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	**CLADRIBINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	**CLADRIBINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	**CLADRIBINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	**CLADRIBINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	**CLADRIBINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	**CLADRIBINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	**CLADRIBINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**CLADRIBINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**CLADRIBINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**CLADRIBINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	**CLADRIBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	**CLADRIBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	**CLADRIBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	**CLADRIBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	**CLADRIBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	**CLADRIBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	**CLADRIBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	**CLADRIBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	**CLADRIBINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
89	**CLADRIBINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ

Załącznik C.13.

CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.0	SERCE
162	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
199	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
247	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
259	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
260	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
269	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.0	NAPLETEK
276	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
287	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
289	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
304	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
313	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
314	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
315	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
319	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
333	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
339	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
341	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
355	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
357	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
362	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.2	BRZUCH
363	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.3	MIEDNICA
364	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
378	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
399	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
425	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
436	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
444	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
452	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
459	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
493	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
495	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
501	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.1	SROM
519	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.2	POCHWA
520	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
522	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
526	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.2	OKO
528	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.0	WARGA
533	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
537	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
555	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I 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 KLATKI PIERSIOWEJ
573	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.0	GRASICA
574	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.1	SERCE
575	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
585	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
600	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.0	SROM
612	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.1	POCHWA
613	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
618	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
620	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
621	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
622	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.0	NERKA
626	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
628	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
634	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
635	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
636	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
647	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
648	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA
656	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
658	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
660	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
662	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
674	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
676	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
677	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
682	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
684	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.3	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	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.1	JĄDRO
697	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.0	NERKA
701	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
703	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
705	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
721	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
722	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
724	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
726	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
728	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
734	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
747	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
748	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.6	SUTEK
749	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
755	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYTARABINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	**CYTARABINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
3	**CYTARABINUM**	C69.1	ROGÓWKA
4	**CYTARABINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
5	**CYTARABINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	**CYTARABINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	**CYTARABINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	**CYTARABINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
9	**CYTARABINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	**CYTARABINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	**CYTARABINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	**CYTARABINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	**CYTARABINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	**CYTARABINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	**CYTARABINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	**CYTARABINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	**CYTARABINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	**CYTARABINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
19	**CYTARABINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	**CYTARABINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CYTARABINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	**CYTARABINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	**CYTARABINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	**CYTARABINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
25	**CYTARABINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	**CYTARABINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
27	**CYTARABINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	**CYTARABINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	**CYTARABINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	**CYTARABINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	**CYTARABINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	**CYTARABINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
33	**CYTARABINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	**CYTARABINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	**CYTARABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
36	**CYTARABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	**CYTARABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
38	**CYTARABINUM**	C76.2	BRZUCH
39	**CYTARABINUM**	C76.3	MIEDNICA
40	**CYTARABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	**CYTARABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	**CYTARABINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYTARABINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	**CYTARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
45	**CYTARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	**CYTARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	**CYTARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	**CYTARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	**CYTARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	**CYTARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	**CYTARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	**CYTARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	**CYTARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	**CYTARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	**CYTARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	**CYTARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	**CYTARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	**CYTARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	**CYTARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	**CYTARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	**CYTARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	**CYTARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	**CYTARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	**CYTARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	**CYTARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
66	**CYTARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	**CYTARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	**CYTARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	**CYTARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	**CYTARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
71	**CYTARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	**CYTARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	**CYTARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	**CYTARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	**CYTARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	**CYTARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
77	**CYTARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	**CYTARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	**CYTARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	**CYTARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	**CYTARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	**CYTARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	**CYTARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	**CYTARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	**CYTARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	**CYTARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	**CYTARABINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	**CYTARABINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	**CYTARABINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
90	**CYTARABINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
91	**CYTARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	**CYTARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
93	**CYTARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
94	**CYTARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
95	**CYTARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
96	**CYTARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
97	**CYTARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
98	**CYTARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
99	**CYTARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
100	**CYTARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
101	**CYTARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
102	**CYTARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
103	**CYTARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
104	**CYTARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
105	**CYTARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	**CYTARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	**CYTARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	**CYTARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	**CYTARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	**CYTARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	**CYTARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	**CYTARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**CYTARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	**CYTARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	**CYTARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	**CYTARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	**CYTARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	**CYTARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	**CYTARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	**CYTARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	**CYTARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	**CYTARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	**CYTARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	**CYTARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	**CYTARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	**CYTARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	**CYTARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	**CYTARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	**CYTARABINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	**CYTARABINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	**CYTARABINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	**CYTARABINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	**CYTARABINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	**CYTARABINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	**CYTARABINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	**CYTARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	**CYTARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	**CYTARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	**CYTARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	**CYTARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
141	**CYTARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	**CYTARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	**CYTARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	**CYTARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	**CYTARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	**CYTARABINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	**CYTARABINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
148	**CYTARABINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	**CYTARABINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	**CYTARABINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	**CYTARABINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	**CYTARABINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
153	**CYTARABINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	**CYTARABINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DACARBAZINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DACARBAZINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DACARBAZINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DACARBAZINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DACARBAZINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DACARBAZINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DACARBAZINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DACARBAZINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DACARBAZINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DACARBAZINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DACARBAZINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DACARBAZINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DACARBAZINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DACARBAZINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DACARBAZINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DACARBAZINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DACARBAZINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DACARBAZINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DACARBAZINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**DACARBAZINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DACARBAZINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**DACARBAZINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DACARBAZINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DACARBAZINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DACARBAZINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DACARBAZINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DACARBAZINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DACARBAZINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DACARBAZINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DACARBAZINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DACARBAZINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DACARBAZINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DACARBAZINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DACARBAZINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DACARBAZINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DACARBAZINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DACARBAZINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DACARBAZINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DACARBAZINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DACARBAZINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DACARBAZINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DACARBAZINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**DACARBAZINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DACARBAZINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DACARBAZINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DACARBAZINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DACARBAZINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**DACARBAZINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DACARBAZINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DACARBAZINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DACARBAZINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DACARBAZINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DACARBAZINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DACARBAZINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DACARBAZINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DACARBAZINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DACARBAZINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DACARBAZINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DACARBAZINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DACARBAZINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DACARBAZINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DACARBAZINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DACARBAZINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DACARBAZINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DACARBAZINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DACARBAZINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**DACARBAZINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DACARBAZINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DACARBAZINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DACARBAZINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DACARBAZINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DACARBAZINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DACARBAZINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**DACARBAZINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DACARBAZINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DACARBAZINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DACARBAZINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DACARBAZINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DACARBAZINUM**	C16.0	WPUST
80	**DACARBAZINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DACARBAZINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DACARBAZINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DACARBAZINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DACARBAZINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DACARBAZINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DACARBAZINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DACARBAZINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DACARBAZINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**DACARBAZINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**DACARBAZINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**DACARBAZINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**DACARBAZINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**DACARBAZINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**DACARBAZINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**DACARBAZINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**DACARBAZINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**DACARBAZINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**DACARBAZINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**DACARBAZINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**DACARBAZINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**DACARBAZINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**DACARBAZINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**DACARBAZINUM**	C18.7	ESICA
104	**DACARBAZINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**DACARBAZINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**DACARBAZINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**DACARBAZINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**DACARBAZINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**DACARBAZINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**DACARBAZINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**DACARBAZINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**DACARBAZINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**DACARBAZINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**DACARBAZINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**DACARBAZINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**DACARBAZINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**DACARBAZINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**DACARBAZINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**DACARBAZINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**DACARBAZINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**DACARBAZINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**DACARBAZINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**DACARBAZINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**DACARBAZINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**DACARBAZINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**DACARBAZINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**DACARBAZINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**DACARBAZINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**DACARBAZINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**DACARBAZINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**DACARBAZINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**DACARBAZINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**DACARBAZINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**DACARBAZINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**DACARBAZINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**DACARBAZINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**DACARBAZINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**DACARBAZINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**DACARBAZINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**DACARBAZINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**DACARBAZINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**DACARBAZINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**DACARBAZINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**DACARBAZINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**DACARBAZINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**DACARBAZINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**DACARBAZINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**DACARBAZINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**DACARBAZINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**DACARBAZINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**DACARBAZINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	**DACARBAZINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
153	**DACARBAZINUM**	C38.0	SERCE
154	**DACARBAZINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	**DACARBAZINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
156	**DACARBAZINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	**DACARBAZINUM**	C38.4	OPŁUCNA
158	**DACARBAZINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	**DACARBAZINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
160	**DACARBAZINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**DACARBAZINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	**DACARBAZINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	**DACARBAZINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
164	**DACARBAZINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	**DACARBAZINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	**DACARBAZINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	**DACARBAZINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	**DACARBAZINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
169	**DACARBAZINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
170	**DACARBAZINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	**DACARBAZINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	**DACARBAZINUM**	C41.1	ŻUCHWA
173	**DACARBAZINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	**DACARBAZINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	**DACARBAZINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	**DACARBAZINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	**DACARBAZINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	**DACARBAZINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	**DACARBAZINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	**DACARBAZINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	**DACARBAZINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	**DACARBAZINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**DACARBAZINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	**DACARBAZINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	**DACARBAZINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	**DACARBAZINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	**DACARBAZINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	**DACARBAZINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	**DACARBAZINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	**DACARBAZINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
191	**DACARBAZINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	**DACARBAZINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	**DACARBAZINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	**DACARBAZINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	**DACARBAZINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	**DACARBAZINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	**DACARBAZINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	**DACARBAZINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	**DACARBAZINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	**DACARBAZINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	**DACARBAZINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	**DACARBAZINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	**DACARBAZINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	**DACARBAZINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
205	**DACARBAZINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**DACARBAZINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	**DACARBAZINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	**DACARBAZINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**DACARBAZINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	**DACARBAZINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	**DACARBAZINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	**DACARBAZINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	**DACARBAZINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	**DACARBAZINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	**DACARBAZINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	**DACARBAZINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	**DACARBAZINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	**DACARBAZINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	**DACARBAZINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	**DACARBAZINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	**DACARBAZINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	**DACARBAZINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	**DACARBAZINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	**DACARBAZINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	**DACARBAZINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	**DACARBAZINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	**DACARBAZINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**DACARBAZINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
229	**DACARBAZINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	**DACARBAZINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	**DACARBAZINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	**DACARBAZINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	**DACARBAZINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	**DACARBAZINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	**DACARBAZINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	**DACARBAZINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	**DACARBAZINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	**DACARBAZINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	**DACARBAZINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	**DACARBAZINUM**	C54.3	DNO MACICY
241	**DACARBAZINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	**DACARBAZINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	**DACARBAZINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	**DACARBAZINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	**DACARBAZINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	**DACARBAZINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	**DACARBAZINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
248	**DACARBAZINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
249	**DACARBAZINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
250	**DACARBAZINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	**DACARBAZINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**DACARBAZINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	**DACARBAZINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	**DACARBAZINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	**DACARBAZINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	**DACARBAZINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	**DACARBAZINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	**DACARBAZINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	**DACARBAZINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	**DACARBAZINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
261	**DACARBAZINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	**DACARBAZINUM**	C63.2	MOSZNA
263	**DACARBAZINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	**DACARBAZINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**DACARBAZINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	**DACARBAZINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	**DACARBAZINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	**DACARBAZINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	**DACARBAZINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	**DACARBAZINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	**DACARBAZINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	**DACARBAZINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	**DACARBAZINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	**DACARBAZINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	**DACARBAZINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**DACARBAZINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	**DACARBAZINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
278	**DACARBAZINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	**DACARBAZINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	**DACARBAZINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	**DACARBAZINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	**DACARBAZINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	**DACARBAZINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	**DACARBAZINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	**DACARBAZINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	**DACARBAZINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
287	**DACARBAZINUM**	C69.1	ROGÓWKA
288	**DACARBAZINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
289	**DACARBAZINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	**DACARBAZINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	**DACARBAZINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	**DACARBAZINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
293	**DACARBAZINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	**DACARBAZINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	**DACARBAZINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	**DACARBAZINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	**DACARBAZINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	**DACARBAZINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	**DACARBAZINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**DACARBAZINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	**DACARBAZINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	**DACARBAZINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	**DACARBAZINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	**DACARBAZINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	**DACARBAZINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	**DACARBAZINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
307	**DACARBAZINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	**DACARBAZINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	**DACARBAZINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	**DACARBAZINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	**DACARBAZINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	**DACARBAZINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
313	**DACARBAZINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	**DACARBAZINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
315	**DACARBAZINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	**DACARBAZINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	**DACARBAZINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	**DACARBAZINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	**DACARBAZINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	**DACARBAZINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	**DACARBAZINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
322	**DACARBAZINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	**DACARBAZINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	**DACARBAZINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	**DACARBAZINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	**DACARBAZINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	**DACARBAZINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	**DACARBAZINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
329	**DACARBAZINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	**DACARBAZINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
331	**DACARBAZINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	**DACARBAZINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	**DACARBAZINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	**DACARBAZINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	**DACARBAZINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
336	**DACARBAZINUM**	C76.2	BRZUCH
337	**DACARBAZINUM**	C76.3	MIEDNICA
338	**DACARBAZINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	**DACARBAZINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	**DACARBAZINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	**DACARBAZINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	**DACARBAZINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	**DACARBAZINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	**DACARBAZINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
345	**DACARBAZINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**DACARBAZINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	**DACARBAZINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	**DACARBAZINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	**DACARBAZINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	**DACARBAZINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	**DACARBAZINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
352	**DACARBAZINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	**DACARBAZINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	**DACARBAZINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	**DACARBAZINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	**DACARBAZINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	**DACARBAZINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	**DACARBAZINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	**DACARBAZINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	**DACARBAZINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	**DACARBAZINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	**DACARBAZINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	**DACARBAZINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	**DACARBAZINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	**DACARBAZINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	**DACARBAZINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	**DACARBAZINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	**DACARBAZINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	**DACARBAZINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	**DACARBAZINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	**DACARBAZINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	**DACARBAZINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
373	**DACARBAZINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	**DACARBAZINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	**DACARBAZINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	**DACARBAZINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	**DACARBAZINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	**DACARBAZINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	**DACARBAZINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	**DACARBAZINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	**DACARBAZINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	**DACARBAZINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	**DACARBAZINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	**DACARBAZINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	**DACARBAZINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	**DACARBAZINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	**DACARBAZINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	**DACARBAZINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	**DACARBAZINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	**DACARBAZINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	**DACARBAZINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	**DACARBAZINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	**DACARBAZINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	**DACARBAZINUM**	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	**DACARBAZINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	**DACARBAZINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	**DACARBAZINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	**DACARBAZINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
399	**DACARBAZINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	**DACARBAZINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	**DACARBAZINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	**DACARBAZINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	**DACARBAZINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	**DACARBAZINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	**DACARBAZINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	**DACARBAZINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	**DACARBAZINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**DACARBAZINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	**DACARBAZINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
410	**DACARBAZINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	**DACARBAZINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	**DACARBAZINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	**DACARBAZINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	**DACARBAZINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**DACARBAZINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	**DACARBAZINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	**DACARBAZINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
418	**DACARBAZINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	**DACARBAZINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	**DACARBAZINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	**DACARBAZINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	**DACARBAZINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	**DACARBAZINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	**DACARBAZINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	**DACARBAZINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	**DACARBAZINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	**DACARBAZINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	**DACARBAZINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	**DACARBAZINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	**DACARBAZINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	**DACARBAZINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	**DACARBAZINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	**DACARBAZINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	**DACARBAZINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	**DACARBAZINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	**DACARBAZINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	**DACARBAZINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	**DACARBAZINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**DACARBAZINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	**DACARBAZINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	**DACARBAZINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	**DACARBAZINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	**DACARBAZINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	**DACARBAZINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	**DACARBAZINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	**DACARBAZINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	**DACARBAZINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	**DACARBAZINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	**DACARBAZINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	**DACARBAZINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	**DACARBAZINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	**DACARBAZINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	**DACARBAZINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	**DACARBAZINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	**DACARBAZINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	**DACARBAZINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	**DACARBAZINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	**DACARBAZINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	**DACARBAZINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	**DACARBAZINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	**DACARBAZINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	**DACARBAZINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	**DACARBAZINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	**DACARBAZINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	**DACARBAZINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	**DACARBAZINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
467	**DACARBAZINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	**DACARBAZINUM**	D01.2	ODBYTNICA
469	**DACARBAZINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	**DACARBAZINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	**DACARBAZINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
472	**DACARBAZINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	**DACARBAZINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	**DACARBAZINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
475	**DACARBAZINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	**DACARBAZINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	**DACARBAZINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	**DACARBAZINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	**DACARBAZINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	**DACARBAZINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	**DACARBAZINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	**DACARBAZINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	**DACARBAZINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	**DACARBAZINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	**DACARBAZINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	**DACARBAZINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	**DACARBAZINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	**DACARBAZINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	**DACARBAZINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	**DACARBAZINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	**DACARBAZINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	**DACARBAZINUM**	D07.1	SROM
493	**DACARBAZINUM**	D07.2	POCHWA
494	**DACARBAZINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	**DACARBAZINUM**	D07.4	PRĄCIE
496	**DACARBAZINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	**DACARBAZINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	**DACARBAZINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	**DACARBAZINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	**DACARBAZINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	**DACARBAZINUM**	D09.2	OKO
502	**DACARBAZINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	**DACARBAZINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	**DACARBAZINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	**DACARBAZINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	**DACARBAZINUM**	D10.0	WARGA
507	**DACARBAZINUM**	D10.1	JĘZYK
508	**DACARBAZINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**DACARBAZINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	**DACARBAZINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
511	**DACARBAZINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	**DACARBAZINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	**DACARBAZINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	**DACARBAZINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	**DACARBAZINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	**DACARBAZINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	**DACARBAZINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	**DACARBAZINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	**DACARBAZINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	**DACARBAZINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	**DACARBAZINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	**DACARBAZINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	**DACARBAZINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	**DACARBAZINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	**DACARBAZINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	**DACARBAZINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	**DACARBAZINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	**DACARBAZINUM**	D12.8	ODBYTNICA
529	**DACARBAZINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	**DACARBAZINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	**DACARBAZINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**DACARBAZINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	**DACARBAZINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
534	**DACARBAZINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	**DACARBAZINUM**	D13.4	WĄTROBA
536	**DACARBAZINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	**DACARBAZINUM**	D13.6	TRZUSTKA
538	**DACARBAZINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	**DACARBAZINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	**DACARBAZINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	**DACARBAZINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	**DACARBAZINUM**	D14.1	KRTAŃ
543	**DACARBAZINUM**	D14.2	TCHAWICA
544	**DACARBAZINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	**DACARBAZINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	**DACARBAZINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	**DACARBAZINUM**	D15.0	GRASICA
548	**DACARBAZINUM**	D15.1	SERCE
549	**DACARBAZINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	**DACARBAZINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	**DACARBAZINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	**DACARBAZINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	**DACARBAZINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	**DACARBAZINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	**DACARBAZINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	**DACARBAZINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	**DACARBAZINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	**DACARBAZINUM**	D16.5	ŻUCHWA
559	**DACARBAZINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	**DACARBAZINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	**DACARBAZINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	**DACARBAZINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	**DACARBAZINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	**DACARBAZINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	**DACARBAZINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	**DACARBAZINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	**DACARBAZINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	**DACARBAZINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	**DACARBAZINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	**DACARBAZINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	**DACARBAZINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	**DACARBAZINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	**DACARBAZINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	**DACARBAZINUM**	D28.0	SROM
586	**DACARBAZINUM**	D28.1	POCHWA
587	**DACARBAZINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	**DACARBAZINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	**DACARBAZINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	**DACARBAZINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	**DACARBAZINUM**	D29.0	PRĄCIE
592	**DACARBAZINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	**DACARBAZINUM**	D29.2	JĄDRO
594	**DACARBAZINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
595	**DACARBAZINUM**	D29.4	MOSZNA
596	**DACARBAZINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	**DACARBAZINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	**DACARBAZINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	**DACARBAZINUM**	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	**DACARBAZINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	**DACARBAZINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
602	**DACARBAZINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	**DACARBAZINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	**DACARBAZINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	**DACARBAZINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	**DACARBAZINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	**DACARBAZINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
608	**DACARBAZINUM**	D31.1	ROGÓWKA
609	**DACARBAZINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
610	**DACARBAZINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	**DACARBAZINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	**DACARBAZINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	**DACARBAZINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	**DACARBAZINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	**DACARBAZINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	**DACARBAZINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	**DACARBAZINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	**DACARBAZINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	**DACARBAZINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	**DACARBAZINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	**DACARBAZINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	**DACARBAZINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	**DACARBAZINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	**DACARBAZINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	**DACARBAZINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	**DACARBAZINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	**DACARBAZINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	**DACARBAZINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	**DACARBAZINUM**	D35.0	NADNERCZA
630	**DACARBAZINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	**DACARBAZINUM**	D35.2	PRZYSADKA
632	**DACARBAZINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	**DACARBAZINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
634	**DACARBAZINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	**DACARBAZINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
636	**DACARBAZINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	**DACARBAZINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	**DACARBAZINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	**DACARBAZINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	**DACARBAZINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	**DACARBAZINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	**DACARBAZINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	**DACARBAZINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	**DACARBAZINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	**DACARBAZINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	**DACARBAZINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	**DACARBAZINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
648	**DACARBAZINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	**DACARBAZINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
650	**DACARBAZINUM**	D37.5	ODBYTNICA
651	**DACARBAZINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	**DACARBAZINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	**DACARBAZINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	**DACARBAZINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	**DACARBAZINUM**	D38.0	KRTAŃ
656	**DACARBAZINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	**DACARBAZINUM**	D38.2	OPŁUCNA
658	**DACARBAZINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
659	**DACARBAZINUM**	D38.4	GRASICA
660	**DACARBAZINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	**DACARBAZINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	**DACARBAZINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	**DACARBAZINUM**	D39.0	MACICA
664	**DACARBAZINUM**	D39.1	JAJNIK
665	**DACARBAZINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
666	**DACARBAZINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	**DACARBAZINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	**DACARBAZINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	**DACARBAZINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**DACARBAZINUM**	D40.1	JĄDRO
671	**DACARBAZINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	**DACARBAZINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	**DACARBAZINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	**DACARBAZINUM**	D41.0	NERKA
675	**DACARBAZINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	**DACARBAZINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
677	**DACARBAZINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	**DACARBAZINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	**DACARBAZINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	**DACARBAZINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	**DACARBAZINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	**DACARBAZINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	**DACARBAZINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	**DACARBAZINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	**DACARBAZINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	**DACARBAZINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	**DACARBAZINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	**DACARBAZINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	**DACARBAZINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	**DACARBAZINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	**DACARBAZINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	**DACARBAZINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	**DACARBAZINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	**DACARBAZINUM**	D44.0	TARCZYCA
695	**DACARBAZINUM**	D44.1	NADNERCZA
696	**DACARBAZINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	**DACARBAZINUM**	D44.3	PRZYSADKA
698	**DACARBAZINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	**DACARBAZINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
700	**DACARBAZINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
702	**DACARBAZINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	**DACARBAZINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	**DACARBAZINUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	**DACARBAZINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	**DACARBAZINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	**DACARBAZINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	**DACARBAZINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	**DACARBAZINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	**DACARBAZINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	**DACARBAZINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	**DACARBAZINUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	**DACARBAZINUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	**DACARBAZINUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	**DACARBAZINUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	**DACARBAZINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	**DACARBAZINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	**DACARBAZINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	**DACARBAZINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	**DACARBAZINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	**DACARBAZINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	**DACARBAZINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	**DACARBAZINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	**DACARBAZINUM**	D48.4	OTRZEWNA
726	**DACARBAZINUM**	D48.5	SKÓRA
727	**DACARBAZINUM**	D48.6	SUTEK
728	**DACARBAZINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	**DACARBAZINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	**DACARBAZINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	**DACARBAZINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	**DACARBAZINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	**DACARBAZINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	**DACARBAZINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	**DACARBAZINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	**DACARBAZINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	**DACARBAZINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
738	**DACARBAZINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	**DACARBAZINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOCETAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DOCETAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DOCETAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DOCETAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DOCETAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DOCETAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DOCETAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DOCETAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DOCETAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DOCETAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DOCETAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DOCETAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DOCETAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DOCETAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DOCETAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DOCETAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DOCETAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DOCETAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DOCETAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**DOCETAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DOCETAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**DOCETAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DOCETAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DOCETAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DOCETAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DOCETAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DOCETAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DOCETAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DOCETAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DOCETAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DOCETAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DOCETAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DOCETAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DOCETAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DOCETAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DOCETAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DOCETAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DOCETAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DOCETAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DOCETAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DOCETAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DOCETAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**DOCETAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DOCETAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DOCETAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DOCETAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DOCETAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	**DOCETAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DOCETAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DOCETAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DOCETAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DOCETAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DOCETAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DOCETAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DOCETAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DOCETAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DOCETAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DOCETAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DOCETAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DOCETAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DOCETAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DOCETAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DOCETAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DOCETAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DOCETAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DOCETAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**DOCETAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DOCETAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DOCETAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DOCETAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DOCETAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DOCETAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DOCETAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	**DOCETAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DOCETAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DOCETAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DOCETAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DOCETAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DOCETAXELUM**	C16.0	WPUST
80	**DOCETAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DOCETAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DOCETAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DOCETAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DOCETAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DOCETAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DOCETAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DOCETAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DOCETAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	**DOCETAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	**DOCETAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	**DOCETAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	**DOCETAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	**DOCETAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	**DOCETAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	**DOCETAXELUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	**DOCETAXELUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**DOCETAXELUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	**DOCETAXELUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	**DOCETAXELUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	**DOCETAXELUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	**DOCETAXELUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	**DOCETAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	**DOCETAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	**DOCETAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	**DOCETAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	**DOCETAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	**DOCETAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	**DOCETAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	**DOCETAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	**DOCETAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	**DOCETAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	**DOCETAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	**DOCETAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	**DOCETAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	**DOCETAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	**DOCETAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	**DOCETAXELUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**DOXORUBICINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**DOXORUBICINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**DOXORUBICINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**DOXORUBICINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**DOXORUBICINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**DOXORUBICINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**DOXORUBICINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**DOXORUBICINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**DOXORUBICINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**DOXORUBICINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**DOXORUBICINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**DOXORUBICINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**DOXORUBICINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**DOXORUBICINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**DOXORUBICINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**DOXORUBICINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**DOXORUBICINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**DOXORUBICINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**DOXORUBICINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**DOXORUBICINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**DOXORUBICINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**DOXORUBICINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**DOXORUBICINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**DOXORUBICINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**DOXORUBICINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**DOXORUBICINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**DOXORUBICINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**DOXORUBICINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**DOXORUBICINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**DOXORUBICINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**DOXORUBICINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**DOXORUBICINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**DOXORUBICINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**DOXORUBICINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**DOXORUBICINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**DOXORUBICINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**DOXORUBICINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**DOXORUBICINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**DOXORUBICINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**DOXORUBICINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**DOXORUBICINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**DOXORUBICINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**DOXORUBICINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**DOXORUBICINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**DOXORUBICINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**DOXORUBICINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**DOXORUBICINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**DOXORUBICINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**DOXORUBICINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**DOXORUBICINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**DOXORUBICINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**DOXORUBICINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**DOXORUBICINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**DOXORUBICINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**DOXORUBICINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**DOXORUBICINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**DOXORUBICINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**DOXORUBICINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**DOXORUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**DOXORUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**DOXORUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**DOXORUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**DOXORUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**DOXORUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**DOXORUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**DOXORUBICINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	**DOXORUBICINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**DOXORUBICINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**DOXORUBICINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**DOXORUBICINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**DOXORUBICINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**DOXORUBICINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**DOXORUBICINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**DOXORUBICINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**DOXORUBICINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**DOXORUBICINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**DOXORUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**DOXORUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**DOXORUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**DOXORUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**DOXORUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**DOXORUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**DOXORUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**DOXORUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**DOXORUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**DOXORUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**DOXORUBICINUM**	C16.0	WPUST
89.	**DOXORUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	**DOXORUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**DOXORUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	**DOXORUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**DOXORUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**DOXORUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**DOXORUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**DOXORUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**DOXORUBICINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**DOXORUBICINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**DOXORUBICINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**DOXORUBICINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**DOXORUBICINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**DOXORUBICINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**DOXORUBICINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**DOXORUBICINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**DOXORUBICINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**DOXORUBICINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**DOXORUBICINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**DOXORUBICINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**DOXORUBICINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**DOXORUBICINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**DOXORUBICINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**DOXORUBICINUM**	C18.7	ESICA
113.	**DOXORUBICINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	**DOXORUBICINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**DOXORUBICINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**DOXORUBICINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	**DOXORUBICINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**DOXORUBICINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**DOXORUBICINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**DOXORUBICINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**DOXORUBICINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**DOXORUBICINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**DOXORUBICINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**DOXORUBICINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**DOXORUBICINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**DOXORUBICINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**DOXORUBICINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**DOXORUBICINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**DOXORUBICINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**DOXORUBICINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**DOXORUBICINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**DOXORUBICINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**DOXORUBICINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**DOXORUBICINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**DOXORUBICINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**DOXORUBICINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	**DOXORUBICINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**DOXORUBICINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**DOXORUBICINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**DOXORUBICINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	**DOXORUBICINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**DOXORUBICINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**DOXORUBICINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**DOXORUBICINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**DOXORUBICINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**DOXORUBICINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**DOXORUBICINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**DOXORUBICINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**DOXORUBICINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**DOXORUBICINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**DOXORUBICINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**DOXORUBICINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**DOXORUBICINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**DOXORUBICINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**DOXORUBICINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**DOXORUBICINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**DOXORUBICINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**DOXORUBICINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**DOXORUBICINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**DOXORUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	**DOXORUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**DOXORUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**DOXORUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**DOXORUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	**DOXORUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**DOXORUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**DOXORUBICINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**DOXORUBICINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**DOXORUBICINUM**	C38.0	SERCE
170.	**DOXORUBICINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**DOXORUBICINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**DOXORUBICINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**DOXORUBICINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**DOXORUBICINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**DOXORUBICINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**DOXORUBICINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**DOXORUBICINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**DOXORUBICINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**DOXORUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**DOXORUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**DOXORUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**DOXORUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**DOXORUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	**DOXORUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**DOXORUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**DOXORUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	**DOXORUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**DOXORUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**DOXORUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**DOXORUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**DOXORUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**DOXORUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**DOXORUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**DOXORUBICINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**DOXORUBICINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**DOXORUBICINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**DOXORUBICINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**DOXORUBICINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**DOXORUBICINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**DOXORUBICINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**DOXORUBICINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**DOXORUBICINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**DOXORUBICINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**DOXORUBICINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**DOXORUBICINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	**DOXORUBICINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
207.	**DOXORUBICINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	**DOXORUBICINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	**DOXORUBICINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	**DOXORUBICINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	**DOXORUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
212.	**DOXORUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
213.	**DOXORUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	**DOXORUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
215.	**DOXORUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	**DOXORUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	**DOXORUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	**DOXORUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
219.	**DOXORUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**DOXORUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	**DOXORUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	**DOXORUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	**DOXORUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	**DOXORUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	**DOXORUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	**DOXORUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	**DOXORUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	**DOXORUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	**DOXORUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	**DOXORUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	**DOXORUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	**DOXORUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	**DOXORUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	**DOXORUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	**DOXORUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	**DOXORUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	**DOXORUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	**DOXORUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	**DOXORUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	**DOXORUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	**DOXORUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	**DOXORUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	**DOXORUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	**DOXORUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	**DOXORUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	**DOXORUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	**DOXORUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	**DOXORUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	**DOXORUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	**DOXORUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	**DOXORUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	**DOXORUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	**DOXORUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	**DOXORUBICINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	**DOXORUBICINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	**DOXORUBICINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	**DOXORUBICINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	**DOXORUBICINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	**DOXORUBICINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	**DOXORUBICINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	**DOXORUBICINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	**DOXORUBICINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	**DOXORUBICINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	**DOXORUBICINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	**DOXORUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	**DOXORUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	**DOXORUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	**DOXORUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	**DOXORUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
270.	**DOXORUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	**DOXORUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	**DOXORUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	**DOXORUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	**DOXORUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**DOXORUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	**DOXORUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	**DOXORUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	**DOXORUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
279.	**DOXORUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	**DOXORUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	**DOXORUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	**DOXORUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**DOXORUBICINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**DOXORUBICINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**DOXORUBICINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**DOXORUBICINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**DOXORUBICINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**DOXORUBICINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**DOXORUBICINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**DOXORUBICINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**DOXORUBICINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**DOXORUBICINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**DOXORUBICINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**DOXORUBICINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**DOXORUBICINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**DOXORUBICINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**DOXORUBICINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**DOXORUBICINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**DOXORUBICINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**DOXORUBICINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	**DOXORUBICINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**DOXORUBICINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**DOXORUBICINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**DOXORUBICINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**DOXORUBICINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	**DOXORUBICINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**DOXORUBICINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**DOXORUBICINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**DOXORUBICINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**DOXORUBICINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**DOXORUBICINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**DOXORUBICINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**DOXORUBICINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**DOXORUBICINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**DOXORUBICINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**DOXORUBICINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**DOXORUBICINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**DOXORUBICINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**DOXORUBICINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**DOXORUBICINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**DOXORUBICINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**DOXORUBICINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**DOXORUBICINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**DOXORUBICINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	**DOXORUBICINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**DOXORUBICINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**DOXORUBICINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**DOXORUBICINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**DOXORUBICINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	**DOXORUBICINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**DOXORUBICINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**DOXORUBICINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**DOXORUBICINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**DOXORUBICINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**DOXORUBICINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**DOXORUBICINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**DOXORUBICINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**DOXORUBICINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**DOXORUBICINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**DOXORUBICINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**DOXORUBICINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**DOXORUBICINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**DOXORUBICINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**DOXORUBICINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**DOXORUBICINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**DOXORUBICINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**DOXORUBICINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	**DOXORUBICINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**DOXORUBICINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**DOXORUBICINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**DOXORUBICINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**DOXORUBICINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	**DOXORUBICINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**DOXORUBICINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**DOXORUBICINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**DOXORUBICINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**DOXORUBICINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**DOXORUBICINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**DOXORUBICINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**DOXORUBICINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**DOXORUBICINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**DOXORUBICINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**DOXORUBICINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**DOXORUBICINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**DOXORUBICINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**DOXORUBICINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**DOXORUBICINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**DOXORUBICINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**DOXORUBICINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**DOXORUBICINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	**DOXORUBICINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**DOXORUBICINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**DOXORUBICINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**DOXORUBICINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**DOXORUBICINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	**DOXORUBICINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**DOXORUBICINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**DOXORUBICINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**DOXORUBICINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**DOXORUBICINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**DOXORUBICINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**DOXORUBICINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**DOXORUBICINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**DOXORUBICINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**DOXORUBICINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**DOXORUBICINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**DOXORUBICINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**DOXORUBICINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**DOXORUBICINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**DOXORUBICINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**DOXORUBICINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**DOXORUBICINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	**DOXORUBICINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**DOXORUBICINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**DOXORUBICINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**DOXORUBICINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**DOXORUBICINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	**DOXORUBICINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**DOXORUBICINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**DOXORUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**DOXORUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**DOXORUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**DOXORUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**DOXORUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**DOXORUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**DOXORUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**DOXORUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**DOXORUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**DOXORUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**DOXORUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**DOXORUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**DOXORUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**DOXORUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**DOXORUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**DOXORUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	**DOXORUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**DOXORUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**DOXORUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**DOXORUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**DOXORUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	**DOXORUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**DOXORUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**DOXORUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**DOXORUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**DOXORUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**DOXORUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**DOXORUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**DOXORUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**DOXORUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**DOXORUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**DOXORUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**DOXORUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**DOXORUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**DOXORUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**DOXORUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**DOXORUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**DOXORUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**DOXORUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**DOXORUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	**DOXORUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**DOXORUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**DOXORUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**DOXORUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**DOXORUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	**DOXORUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**DOXORUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**DOXORUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**DOXORUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**DOXORUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**DOXORUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**DOXORUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**DOXORUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**DOXORUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**DOXORUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**DOXORUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**DOXORUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**DOXORUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**DOXORUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**DOXORUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**DOXORUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**DOXORUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**DOXORUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**DOXORUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	**DOXORUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**DOXORUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**DOXORUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	**DOXORUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	**DOXORUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	**DOXORUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	**DOXORUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	**DOXORUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	**DOXORUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	**DOXORUBICINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	**DOXORUBICINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	**DOXORUBICINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	**DOXORUBICINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	**DOXORUBICINUM**	D01.2	ODBYTNICA
478.	**DOXORUBICINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	**DOXORUBICINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	**DOXORUBICINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	**DOXORUBICINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	**DOXORUBICINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	**DOXORUBICINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	**DOXORUBICINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	**DOXORUBICINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	**DOXORUBICINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	**DOXORUBICINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	**DOXORUBICINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	**DOXORUBICINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	**DOXORUBICINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	**DOXORUBICINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	**DOXORUBICINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	**DOXORUBICINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	**DOXORUBICINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	**DOXORUBICINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	**DOXORUBICINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	**DOXORUBICINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	**DOXORUBICINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	**DOXORUBICINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	**DOXORUBICINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	**DOXORUBICINUM**	D07.1	SROM
502.	**DOXORUBICINUM**	D07.2	POCHWA
503.	**DOXORUBICINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	**DOXORUBICINUM**	D07.4	PRĄCIE
505.	**DOXORUBICINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	**DOXORUBICINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	**DOXORUBICINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**DOXORUBICINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	**DOXORUBICINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	**DOXORUBICINUM**	D09.2	OKO
511.	**DOXORUBICINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	**DOXORUBICINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	**DOXORUBICINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	**DOXORUBICINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	**DOXORUBICINUM**	D10.0	WARGA
516.	**DOXORUBICINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	**DOXORUBICINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	**DOXORUBICINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	**DOXORUBICINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
520.	**DOXORUBICINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	**DOXORUBICINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	**DOXORUBICINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	**DOXORUBICINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	**DOXORUBICINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	**DOXORUBICINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	**DOXORUBICINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	**DOXORUBICINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	**DOXORUBICINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	**DOXORUBICINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	**DOXORUBICINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	**DOXORUBICINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	**DOXORUBICINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	**DOXORUBICINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	**DOXORUBICINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	**DOXORUBICINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	**DOXORUBICINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	**DOXORUBICINUM**	D12.8	ODBYTNICA
538.	**DOXORUBICINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	**DOXORUBICINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	**DOXORUBICINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	**DOXORUBICINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	**DOXORUBICINUM**	D16.5	ŻUCHWA
568.	**DOXORUBICINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	**DOXORUBICINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	**DOXORUBICINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	**DOXORUBICINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	**DOXORUBICINUM**	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	**DOXORUBICINUM**	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	**DOXORUBICINUM**	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	**DOXORUBICINUM**	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	**DOXORUBICINUM**	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	**DOXORUBICINUM**	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	**DOXORUBICINUM**	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	**DOXORUBICINUM**	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	**DOXORUBICINUM**	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	**DOXORUBICINUM**	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	**DOXORUBICINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**DOXORUBICINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**DOXORUBICINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**DOXORUBICINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**DOXORUBICINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**DOXORUBICINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	**DOXORUBICINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**DOXORUBICINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**DOXORUBICINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**DOXORUBICINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**DOXORUBICINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**DOXORUBICINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**DOXORUBICINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**DOXORUBICINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**DOXORUBICINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
645.	**DOXORUBICINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**DOXORUBICINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**DOXORUBICINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**DOXORUBICINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**DOXORUBICINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**DOXORUBICINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**DOXORUBICINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**DOXORUBICINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**DOXORUBICINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**DOXORUBICINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**DOXORUBICINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**DOXORUBICINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**DOXORUBICINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**DOXORUBICINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**DOXORUBICINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
11.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
12.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
13.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
15.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
17.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPIRUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	**EPIRUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	**EPIRUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	**EPIRUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	**EPIRUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	**EPIRUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	**EPIRUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	**EPIRUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
9	**EPIRUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
10	**EPIRUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
11	**EPIRUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
12	**EPIRUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
13	**EPIRUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
14	**EPIRUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
15	**EPIRUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
16	**EPIRUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
17	**EPIRUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	**EPIRUBICINUM**	C16.0	WPUST
19	**EPIRUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	**EPIRUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**EPIRUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	**EPIRUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
23	**EPIRUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	**EPIRUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	**EPIRUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	**EPIRUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	**EPIRUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	**EPIRUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	**EPIRUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	**EPIRUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	**EPIRUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	**EPIRUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	**EPIRUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	**EPIRUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	**EPIRUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	**EPIRUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	**EPIRUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	**EPIRUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	**EPIRUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	**EPIRUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	**EPIRUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	**EPIRUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	**EPIRUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**EPIRUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	**EPIRUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	**EPIRUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	**EPIRUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	**EPIRUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	**EPIRUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
50	**EPIRUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
51	**EPIRUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	**EPIRUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
53	**EPIRUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	**EPIRUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	**EPIRUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	**EPIRUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
57	**EPIRUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	**EPIRUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	**EPIRUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	**EPIRUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	**EPIRUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	**EPIRUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	**EPIRUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	**EPIRUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	**EPIRUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	**EPIRUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**EPIRUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	**EPIRUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	**EPIRUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	**EPIRUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	**EPIRUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	**EPIRUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	**EPIRUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	**EPIRUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	**EPIRUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	**EPIRUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	**EPIRUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	**EPIRUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	**EPIRUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	**EPIRUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	**EPIRUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	**EPIRUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	**EPIRUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	**EPIRUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	**EPIRUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	**EPIRUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	**EPIRUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	**EPIRUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	**EPIRUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**EPIRUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	**EPIRUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	**EPIRUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	**EPIRUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	**EPIRUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	**EPIRUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	**EPIRUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
97	**EPIRUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	**EPIRUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	**EPIRUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	**EPIRUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	**EPIRUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	**EPIRUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	**EPIRUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
104	**EPIRUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
105	**EPIRUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
106	**EPIRUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	**EPIRUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	**EPIRUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	**EPIRUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	**EPIRUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**EPIRUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
112	**EPIRUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	**EPIRUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**EPIRUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	**EPIRUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	**EPIRUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	**EPIRUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	**EPIRUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	**EPIRUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	**EPIRUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	**EPIRUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	**EPIRUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	**EPIRUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	**EPIRUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	**EPIRUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	**EPIRUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	**EPIRUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	**EPIRUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	**EPIRUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	**EPIRUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	**EPIRUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	**EPIRUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	**EPIRUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	**EPIRUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	**EPIRUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	**EPIRUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**EPIRUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	**EPIRUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	**EPIRUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	**EPIRUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	**EPIRUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	**EPIRUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	**EPIRUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	**EPIRUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	**EPIRUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	**EPIRUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	**EPIRUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	**EPIRUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	**EPIRUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	**EPIRUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	**EPIRUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	**EPIRUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	**EPIRUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	**EPIRUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	**EPIRUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	**EPIRUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
157	**EPIRUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	**EPIRUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	**EPIRUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	**EPIRUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**EPIRUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	**EPIRUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	**EPIRUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	**EPIRUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
165	**EPIRUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	**EPIRUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	**EPIRUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	**EPIRUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	**EPIRUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	**EPIRUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	**EPIRUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	**EPIRUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	**EPIRUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	**EPIRUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	**EPIRUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	**EPIRUBICINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	**EPIRUBICINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	**EPIRUBICINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	**EPIRUBICINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	**EPIRUBICINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	**EPIRUBICINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	**EPIRUBICINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	**EPIRUBICINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	**EPIRUBICINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**EPIRUBICINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	**EPIRUBICINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	**EPIRUBICINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	**EPIRUBICINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	**EPIRUBICINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	**EPIRUBICINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	**EPIRUBICINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	**EPIRUBICINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	**EPIRUBICINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	**EPIRUBICINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	**EPIRUBICINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	**EPIRUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	**EPIRUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	**EPIRUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	**EPIRUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	**EPIRUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	**EPIRUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	**EPIRUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	**EPIRUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	**EPIRUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	**EPIRUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	**EPIRUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**EPIRUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	**EPIRUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
209	**EPIRUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
210	**EPIRUBICINUM**	D48.6	SUTEK
211	**EPIRUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	**EPIRUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	**EPIRUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
214	**EPIRUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	**EPIRUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	**EPIRUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	**EPIRUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	**EPIRUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
219	**EPIRUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	**EPIRUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

ETOPOSIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ETOPOSIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**ETOPOSIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**ETOPOSIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**ETOPOSIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**ETOPOSIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**ETOPOSIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**ETOPOSIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**ETOPOSIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**ETOPOSIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**ETOPOSIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**ETOPOSIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**ETOPOSIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**ETOPOSIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**ETOPOSIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**ETOPOSIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**ETOPOSIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**ETOPOSIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**ETOPOSIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**ETOPOSIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**ETOPOSIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**ETOPOSIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**ETOPOSIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**ETOPOSIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**ETOPOSIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**ETOPOSIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**ETOPOSIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**ETOPOSIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**ETOPOSIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**ETOPOSIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**ETOPOSIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**ETOPOSIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**ETOPOSIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**ETOPOSIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**ETOPOSIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**ETOPOSIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**ETOPOSIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**ETOPOSIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**ETOPOSIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**ETOPOSIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**ETOPOSIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**ETOPOSIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**ETOPOSIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**ETOPOSIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**ETOPOSIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**ETOPOSIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**ETOPOSIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**ETOPOSIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**ETOPOSIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**ETOPOSIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**ETOPOSIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**ETOPOSIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**ETOPOSIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**ETOPOSIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**ETOPOSIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**ETOPOSIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**ETOPOSIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**ETOPOSIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**ETOPOSIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**ETOPOSIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**ETOPOSIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**ETOPOSIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**ETOPOSIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**ETOPOSIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**ETOPOSIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**ETOPOSIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**ETOPOSIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**ETOPOSIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**ETOPOSIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**ETOPOSIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**ETOPOSIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**ETOPOSIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**ETOPOSIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**ETOPOSIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**ETOPOSIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**ETOPOSIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**ETOPOSIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**ETOPOSIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**ETOPOSIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**ETOPOSIDUM**	C16.0	WPUST
80	**ETOPOSIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**ETOPOSIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**ETOPOSIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**ETOPOSIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**ETOPOSIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**ETOPOSIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**ETOPOSIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**ETOPOSIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**ETOPOSIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**ETOPOSIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**ETOPOSIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**ETOPOSIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**ETOPOSIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**ETOPOSIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**ETOPOSIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**ETOPOSIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**ETOPOSIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**ETOPOSIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**ETOPOSIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**ETOPOSIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**ETOPOSIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**ETOPOSIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**ETOPOSIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**ETOPOSIDUM**	C18.7	ESICA
104	**ETOPOSIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**ETOPOSIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**ETOPOSIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**ETOPOSIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**ETOPOSIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**ETOPOSIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**ETOPOSIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**ETOPOSIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**ETOPOSIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**ETOPOSIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**ETOPOSIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**ETOPOSIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**ETOPOSIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**ETOPOSIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**ETOPOSIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**ETOPOSIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**ETOPOSIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**ETOPOSIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**ETOPOSIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**ETOPOSIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**ETOPOSIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**ETOPOSIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**ETOPOSIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**ETOPOSIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**ETOPOSIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**ETOPOSIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**ETOPOSIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**ETOPOSIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**ETOPOSIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**ETOPOSIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**ETOPOSIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**ETOPOSIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**ETOPOSIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**ETOPOSIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**ETOPOSIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**ETOPOSIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**ETOPOSIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**ETOPOSIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**ETOPOSIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**ETOPOSIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**ETOPOSIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**ETOPOSIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**ETOPOSIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**ETOPOSIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**ETOPOSIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**ETOPOSIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**ETOPOSIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**ETOPOSIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**ETOPOSIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**ETOPOSIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**ETOPOSIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**ETOPOSIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**ETOPOSIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**ETOPOSIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**ETOPOSIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**ETOPOSIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**ETOPOSIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**ETOPOSIDUM**	C38.0	SERCE
162	**ETOPOSIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**ETOPOSIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**ETOPOSIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**ETOPOSIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**ETOPOSIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**ETOPOSIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**ETOPOSIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**ETOPOSIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**ETOPOSIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**ETOPOSIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**ETOPOSIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**ETOPOSIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**ETOPOSIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**ETOPOSIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**ETOPOSIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**ETOPOSIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**ETOPOSIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**ETOPOSIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**ETOPOSIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**ETOPOSIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**ETOPOSIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**ETOPOSIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**ETOPOSIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**ETOPOSIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**ETOPOSIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**ETOPOSIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**ETOPOSIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**ETOPOSIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**ETOPOSIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**ETOPOSIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**ETOPOSIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**ETOPOSIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**ETOPOSIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**ETOPOSIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**ETOPOSIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**ETOPOSIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
198	**ETOPOSIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
199	**ETOPOSIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	**ETOPOSIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
201	**ETOPOSIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	**ETOPOSIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	**ETOPOSIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	**ETOPOSIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
205	**ETOPOSIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**ETOPOSIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	**ETOPOSIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	**ETOPOSIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	**ETOPOSIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	**ETOPOSIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	**ETOPOSIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	**ETOPOSIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	**ETOPOSIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	**ETOPOSIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	**ETOPOSIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	**ETOPOSIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	**ETOPOSIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	**ETOPOSIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	**ETOPOSIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	**ETOPOSIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	**ETOPOSIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	**ETOPOSIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	**ETOPOSIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	**ETOPOSIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	**ETOPOSIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	**ETOPOSIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	**ETOPOSIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**ETOPOSIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	**ETOPOSIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	**ETOPOSIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	**ETOPOSIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	**ETOPOSIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	**ETOPOSIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	**ETOPOSIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	**ETOPOSIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	**ETOPOSIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	**ETOPOSIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	**ETOPOSIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	**ETOPOSIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	**ETOPOSIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	**ETOPOSIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	**ETOPOSIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	**ETOPOSIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
244	**ETOPOSIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	**ETOPOSIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	**ETOPOSIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	**ETOPOSIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	**ETOPOSIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	**ETOPOSIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	**ETOPOSIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	**ETOPOSIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**ETOPOSIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	**ETOPOSIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	**ETOPOSIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	**ETOPOSIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	**ETOPOSIDUM**	C54.3	DNO MACICY
257	**ETOPOSIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	**ETOPOSIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	**ETOPOSIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	**ETOPOSIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	**ETOPOSIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	**ETOPOSIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	**ETOPOSIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
264	**ETOPOSIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
265	**ETOPOSIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
266	**ETOPOSIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	**ETOPOSIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	**ETOPOSIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**ETOPOSIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	**ETOPOSIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	**ETOPOSIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	**ETOPOSIDUM**	C60.0	NAPLETEK
273	**ETOPOSIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	**ETOPOSIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	**ETOPOSIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**ETOPOSIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	**ETOPOSIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**ETOPOSIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**ETOPOSIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**ETOPOSIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**ETOPOSIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**ETOPOSIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**ETOPOSIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**ETOPOSIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**ETOPOSIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**ETOPOSIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**ETOPOSIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**ETOPOSIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**ETOPOSIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**ETOPOSIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**ETOPOSIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**ETOPOSIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**ETOPOSIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**ETOPOSIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**ETOPOSIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**ETOPOSIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**ETOPOSIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**ETOPOSIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**ETOPOSIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**ETOPOSIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**ETOPOSIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**ETOPOSIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**ETOPOSIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**ETOPOSIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**ETOPOSIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**ETOPOSIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**ETOPOSIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**ETOPOSIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**ETOPOSIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**ETOPOSIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**ETOPOSIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**ETOPOSIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**ETOPOSIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**ETOPOSIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**ETOPOSIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**ETOPOSIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**ETOPOSIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**ETOPOSIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**ETOPOSIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**ETOPOSIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	**ETOPOSIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**ETOPOSIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**ETOPOSIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	**ETOPOSIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**ETOPOSIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**ETOPOSIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**ETOPOSIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**ETOPOSIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**ETOPOSIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**ETOPOSIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**ETOPOSIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**ETOPOSIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**ETOPOSIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**ETOPOSIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**ETOPOSIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**ETOPOSIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**ETOPOSIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**ETOPOSIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**ETOPOSIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**ETOPOSIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**ETOPOSIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**ETOPOSIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**ETOPOSIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**ETOPOSIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**ETOPOSIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	**ETOPOSIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	**ETOPOSIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**ETOPOSIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**ETOPOSIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**ETOPOSIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**ETOPOSIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**ETOPOSIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**ETOPOSIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**ETOPOSIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**ETOPOSIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**ETOPOSIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**ETOPOSIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**ETOPOSIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**ETOPOSIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**ETOPOSIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**ETOPOSIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**ETOPOSIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**ETOPOSIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**ETOPOSIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**ETOPOSIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**ETOPOSIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**ETOPOSIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**ETOPOSIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**ETOPOSIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	**ETOPOSIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	**ETOPOSIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**ETOPOSIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**ETOPOSIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**ETOPOSIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**ETOPOSIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**ETOPOSIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**ETOPOSIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**ETOPOSIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**ETOPOSIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**ETOPOSIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**ETOPOSIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**ETOPOSIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**ETOPOSIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**ETOPOSIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**ETOPOSIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**ETOPOSIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**ETOPOSIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**ETOPOSIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**ETOPOSIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**ETOPOSIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**ETOPOSIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	**ETOPOSIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**ETOPOSIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**ETOPOSIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**ETOPOSIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
396	**ETOPOSIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**ETOPOSIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**ETOPOSIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**ETOPOSIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**ETOPOSIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**ETOPOSIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**ETOPOSIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**ETOPOSIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**ETOPOSIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**ETOPOSIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**ETOPOSIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**ETOPOSIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**ETOPOSIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**ETOPOSIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**ETOPOSIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**ETOPOSIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**ETOPOSIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**ETOPOSIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**ETOPOSIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**ETOPOSIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**ETOPOSIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**ETOPOSIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**ETOPOSIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**ETOPOSIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**ETOPOSIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	**ETOPOSIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**ETOPOSIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**ETOPOSIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**ETOPOSIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**ETOPOSIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**ETOPOSIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**ETOPOSIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**ETOPOSIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**ETOPOSIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**ETOPOSIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**ETOPOSIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**ETOPOSIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**ETOPOSIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**ETOPOSIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**ETOPOSIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**ETOPOSIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**ETOPOSIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**ETOPOSIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**ETOPOSIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**ETOPOSIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**ETOPOSIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**ETOPOSIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**ETOPOSIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**ETOPOSIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**ETOPOSIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	**ETOPOSIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**ETOPOSIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**ETOPOSIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**ETOPOSIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**ETOPOSIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**ETOPOSIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**ETOPOSIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**ETOPOSIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**ETOPOSIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**ETOPOSIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**ETOPOSIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**ETOPOSIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**ETOPOSIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**ETOPOSIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**ETOPOSIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**ETOPOSIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**ETOPOSIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	**ETOPOSIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**ETOPOSIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**ETOPOSIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**ETOPOSIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**ETOPOSIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**ETOPOSIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**ETOPOSIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**ETOPOSIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	**ETOPOSIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**ETOPOSIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**ETOPOSIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**ETOPOSIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**ETOPOSIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**ETOPOSIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**ETOPOSIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**ETOPOSIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**ETOPOSIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**ETOPOSIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**ETOPOSIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**ETOPOSIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**ETOPOSIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**ETOPOSIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**ETOPOSIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	**ETOPOSIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**ETOPOSIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**ETOPOSIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**ETOPOSIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**ETOPOSIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**ETOPOSIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**ETOPOSIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**ETOPOSIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**ETOPOSIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	**ETOPOSIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**ETOPOSIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**ETOPOSIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**ETOPOSIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**ETOPOSIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**ETOPOSIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**ETOPOSIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**ETOPOSIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**ETOPOSIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**ETOPOSIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**ETOPOSIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**ETOPOSIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**ETOPOSIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**ETOPOSIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**ETOPOSIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**ETOPOSIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**ETOPOSIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**ETOPOSIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**ETOPOSIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**ETOPOSIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**ETOPOSIDUM**	D07.1	SROM
516	**ETOPOSIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**ETOPOSIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**ETOPOSIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**ETOPOSIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	**ETOPOSIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**ETOPOSIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**ETOPOSIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**ETOPOSIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**ETOPOSIDUM**	D09.2	OKO
525	**ETOPOSIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**ETOPOSIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**ETOPOSIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**ETOPOSIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**ETOPOSIDUM**	D10.0	WARGA
530	**ETOPOSIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**ETOPOSIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**ETOPOSIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	**ETOPOSIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**ETOPOSIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**ETOPOSIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**ETOPOSIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**ETOPOSIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**ETOPOSIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**ETOPOSIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**ETOPOSIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**ETOPOSIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**ETOPOSIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**ETOPOSIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**ETOPOSIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	**ETOPOSIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**ETOPOSIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**ETOPOSIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**ETOPOSIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**ETOPOSIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**ETOPOSIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**ETOPOSIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**ETOPOSIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**ETOPOSIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 KLATKI PIERSIOWEJ
570	**ETOPOSIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**ETOPOSIDUM**	D15.1	SERCE
572	**ETOPOSIDUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	**ETOPOSIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**ETOPOSIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**ETOPOSIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**ETOPOSIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**ETOPOSIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**ETOPOSIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	**ETOPOSIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**ETOPOSIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**ETOPOSIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**ETOPOSIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**ETOPOSIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**ETOPOSIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**ETOPOSIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**ETOPOSIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	**ETOPOSIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	**ETOPOSIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	**ETOPOSIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	**ETOPOSIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	**ETOPOSIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
592	**ETOPOSIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	**ETOPOSIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	**ETOPOSIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	**ETOPOSIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	**ETOPOSIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	**ETOPOSIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	**ETOPOSIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	**ETOPOSIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	**ETOPOSIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	**ETOPOSIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	**ETOPOSIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	**ETOPOSIDUM**	D28.0	SROM
604	**ETOPOSIDUM**	D28.1	POCHWA
605	**ETOPOSIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	**ETOPOSIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	**ETOPOSIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	**ETOPOSIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	**ETOPOSIDUM**	D29.0	PRĄCIE
610	**ETOPOSIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	**ETOPOSIDUM**	D29.2	JĄDRO
612	**ETOPOSIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
613	**ETOPOSIDUM**	D29.4	MOSZNA
614	**ETOPOSIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**ETOPOSIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**ETOPOSIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	**ETOPOSIDUM**	D30.0	NERKA
618	**ETOPOSIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	**ETOPOSIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
620	**ETOPOSIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	**ETOPOSIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	**ETOPOSIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	**ETOPOSIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	**ETOPOSIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**ETOPOSIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
626	**ETOPOSIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
627	**ETOPOSIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
628	**ETOPOSIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	**ETOPOSIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	**ETOPOSIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	**ETOPOSIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	**ETOPOSIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	**ETOPOSIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
634	**ETOPOSIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	**ETOPOSIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	**ETOPOSIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	**ETOPOSIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	**ETOPOSIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	**ETOPOSIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	**ETOPOSIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	**ETOPOSIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	**ETOPOSIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	**ETOPOSIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	**ETOPOSIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	**ETOPOSIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	**ETOPOSIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	**ETOPOSIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	**ETOPOSIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	**ETOPOSIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
650	**ETOPOSIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	**ETOPOSIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
652	**ETOPOSIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	**ETOPOSIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
654	**ETOPOSIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**ETOPOSIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	**ETOPOSIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	**ETOPOSIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	**ETOPOSIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	**ETOPOSIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	**ETOPOSIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	**ETOPOSIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	**ETOPOSIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	**ETOPOSIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	**ETOPOSIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	**ETOPOSIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
666	**ETOPOSIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	**ETOPOSIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
668	**ETOPOSIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
669	**ETOPOSIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	**ETOPOSIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	**ETOPOSIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**ETOPOSIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	**ETOPOSIDUM**	D38.0	KRTAŃ
674	**ETOPOSIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	**ETOPOSIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
676	**ETOPOSIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	**ETOPOSIDUM**	D38.4	GRASICA
678	**ETOPOSIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	**ETOPOSIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	**ETOPOSIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	**ETOPOSIDUM**	D39.0	MACICA
682	**ETOPOSIDUM**	D39.1	JAJNIK
683	**ETOPOSIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
684	**ETOPOSIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	**ETOPOSIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	**ETOPOSIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	**ETOPOSIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	**ETOPOSIDUM**	D40.1	JĄDRO
689	**ETOPOSIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	**ETOPOSIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	**ETOPOSIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	**ETOPOSIDUM**	D41.0	NERKA
693	**ETOPOSIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	**ETOPOSIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
695	**ETOPOSIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	**ETOPOSIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	**ETOPOSIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	**ETOPOSIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	**ETOPOSIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	**ETOPOSIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	**ETOPOSIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	**ETOPOSIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	**ETOPOSIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	**ETOPOSIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	**ETOPOSIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	**ETOPOSIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	**ETOPOSIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	**ETOPOSIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	**ETOPOSIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	**ETOPOSIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	**ETOPOSIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	**ETOPOSIDUM**	D44.0	TARCZYCA
713	**ETOPOSIDUM**	D44.1	NADNERCZA
714	**ETOPOSIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	**ETOPOSIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
716	**ETOPOSIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	**ETOPOSIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
718	**ETOPOSIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	**ETOPOSIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
720	**ETOPOSIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	**ETOPOSIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	**ETOPOSIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	**ETOPOSIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	**ETOPOSIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	**ETOPOSIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	**ETOPOSIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
727	**ETOPOSIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	**ETOPOSIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	**ETOPOSIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	**ETOPOSIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	**ETOPOSIDUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	**ETOPOSIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	**ETOPOSIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	**ETOPOSIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	**ETOPOSIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	**ETOPOSIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	**ETOPOSIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	**ETOPOSIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
744	**ETOPOSIDUM**	D48.5	SKÓRA
745	**ETOPOSIDUM**	D48.6	SUTEK
746	**ETOPOSIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	**ETOPOSIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	**ETOPOSIDUM**	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	**ETOPOSIDUM**	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	**ETOPOSIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	**ETOPOSIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	**ETOPOSIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	**ETOPOSIDUM**	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	**ETOPOSIDUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
755	**ETOPOSIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**ETOPOSIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**ETOPOSIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**ETOPOSIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	**ETOPOSIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**ETOPOSIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	**ETOPOSIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

FLUDARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUDARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**FLUDARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**FLUDARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**FLUDARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**FLUDARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	**FLUDARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**FLUDARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**FLUDARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**FLUDARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**FLUDARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**FLUDARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**FLUDARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**FLUDARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**FLUDARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**FLUDARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**FLUDARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**FLUDARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**FLUDARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**FLUDARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**FLUDARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**FLUDARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**FLUDARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**FLUDARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**FLUDARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**FLUDARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**FLUDARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**FLUDARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**FLUDARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**FLUDARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30	**FLUDARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**FLUDARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**FLUDARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**FLUDARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**FLUDARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**FLUDARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**FLUDARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	**FLUDARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	**FLUDARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**FLUDARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	**FLUDARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	**FLUDARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	**FLUDARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**FLUDARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	**FLUDARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**FLUDARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	**FLUDARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	**FLUDARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	**FLUDARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	**FLUDARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	**FLUDARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	**FLUDARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	**FLUDARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	**FLUDARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**FLUDARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**FLUDARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	**FLUDARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**FLUDARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	**FLUDARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	**FLUDARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	**FLUDARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	**FLUDARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	**FLUDARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**FLUDARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**FLUDARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**FLUDARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	**FLUDARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUDARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	**FLUDARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	**FLUDARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	**FLUDARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	**FLUDARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	**FLUDARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	**FLUDARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	**FLUDARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	**FLUDARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	**FLUDARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**FLUDARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**FLUDARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**FLUDARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	**FLUDARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	**FLUDARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	**FLUDARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	**FLUDARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	**FLUDARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	**FLUDARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	**FLUDARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	**FLUDARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	**FLUDARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	**FLUDARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUDARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUOROURACILUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**FLUOROURACILUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**FLUOROURACILUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**FLUOROURACILUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**FLUOROURACILUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**FLUOROURACILUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**FLUOROURACILUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**FLUOROURACILUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**FLUOROURACILUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**FLUOROURACILUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**FLUOROURACILUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**FLUOROURACILUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**FLUOROURACILUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**FLUOROURACILUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**FLUOROURACILUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**FLUOROURACILUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**FLUOROURACILUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**FLUOROURACILUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**FLUOROURACILUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**FLUOROURACILUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUOROURACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUOROURACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUOROURACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUOROURACILUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**FLUOROURACILUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**FLUOROURACILUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**FLUOROURACILUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**FLUOROURACILUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**FLUOROURACILUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**FLUOROURACILUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**FLUOROURACILUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**FLUOROURACILUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**FLUOROURACILUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**FLUOROURACILUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**FLUOROURACILUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**FLUOROURACILUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**FLUOROURACILUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**FLUOROURACILUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**FLUOROURACILUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**FLUOROURACILUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**FLUOROURACILUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUOROURACILUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**FLUOROURACILUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**FLUOROURACILUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**FLUOROURACILUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**FLUOROURACILUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**FLUOROURACILUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**FLUOROURACILUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**FLUOROURACILUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**FLUOROURACILUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**FLUOROURACILUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**FLUOROURACILUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**FLUOROURACILUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**FLUOROURACILUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**FLUOROURACILUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**FLUOROURACILUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**FLUOROURACILUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**FLUOROURACILUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**FLUOROURACILUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**FLUOROURACILUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**FLUOROURACILUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**FLUOROURACILUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**FLUOROURACILUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**FLUOROURACILUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**FLUOROURACILUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**FLUOROURACILUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUOROURACILUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**FLUOROURACILUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**FLUOROURACILUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**FLUOROURACILUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**FLUOROURACILUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**FLUOROURACILUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**FLUOROURACILUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**FLUOROURACILUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**FLUOROURACILUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**FLUOROURACILUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**FLUOROURACILUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**FLUOROURACILUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**FLUOROURACILUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**FLUOROURACILUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**FLUOROURACILUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**FLUOROURACILUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**FLUOROURACILUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**FLUOROURACILUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**FLUOROURACILUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**FLUOROURACILUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**FLUOROURACILUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**FLUOROURACILUM**	C16.0	WPUST
89	**FLUOROURACILUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUOROURACILUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**FLUOROURACILUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**FLUOROURACILUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**FLUOROURACILUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	**FLUOROURACILUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**FLUOROURACILUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**FLUOROURACILUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**FLUOROURACILUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**FLUOROURACILUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**FLUOROURACILUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**FLUOROURACILUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**FLUOROURACILUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**FLUOROURACILUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**FLUOROURACILUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**FLUOROURACILUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**FLUOROURACILUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**FLUOROURACILUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**FLUOROURACILUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**FLUOROURACILUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**FLUOROURACILUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**FLUOROURACILUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**FLUOROURACILUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**FLUOROURACILUM**	C18.7	ESICA
113	**FLUOROURACILUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**FLUOROURACILUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**FLUOROURACILUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**FLUOROURACILUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**FLUOROURACILUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**FLUOROURACILUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	**FLUOROURACILUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**FLUOROURACILUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**FLUOROURACILUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**FLUOROURACILUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**FLUOROURACILUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**FLUOROURACILUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**FLUOROURACILUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**FLUOROURACILUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**FLUOROURACILUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**FLUOROURACILUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**FLUOROURACILUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**FLUOROURACILUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**FLUOROURACILUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**FLUOROURACILUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**FLUOROURACILUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**FLUOROURACILUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**FLUOROURACILUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**FLUOROURACILUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**FLUOROURACILUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**FLUOROURACILUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**FLUOROURACILUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**FLUOROURACILUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**FLUOROURACILUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**FLUOROURACILUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	**FLUOROURACILUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**FLUOROURACILUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**FLUOROURACILUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**FLUOROURACILUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**FLUOROURACILUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**FLUOROURACILUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**FLUOROURACILUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**FLUOROURACILUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**FLUOROURACILUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**FLUOROURACILUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**FLUOROURACILUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**FLUOROURACILUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**FLUOROURACILUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**FLUOROURACILUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**FLUOROURACILUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**FLUOROURACILUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**FLUOROURACILUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**FLUOROURACILUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**FLUOROURACILUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**FLUOROURACILUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**FLUOROURACILUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**FLUOROURACILUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**FLUOROURACILUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**FLUOROURACILUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**FLUOROURACILUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	**FLUOROURACILUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	**FLUOROURACILUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	**FLUOROURACILUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	**FLUOROURACILUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	**FLUOROURACILUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	**FLUOROURACILUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	**FLUOROURACILUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	**FLUOROURACILUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	**FLUOROURACILUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	**FLUOROURACILUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	**FLUOROURACILUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	**FLUOROURACILUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	**FLUOROURACILUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
181	**FLUOROURACILUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	**FLUOROURACILUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	**FLUOROURACILUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	**FLUOROURACILUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**FLUOROURACILUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	**FLUOROURACILUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	**FLUOROURACILUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	**FLUOROURACILUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	**FLUOROURACILUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	**FLUOROURACILUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	**FLUOROURACILUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	**FLUOROURACILUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
193	**FLUOROURACILUM**	C54.3	DNO MACICY
194	**FLUOROURACILUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	**FLUOROURACILUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	**FLUOROURACILUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	**FLUOROURACILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	**FLUOROURACILUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	**FLUOROURACILUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	**FLUOROURACILUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
201	**FLUOROURACILUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
202	**FLUOROURACILUM**	C57.3	PRZYMACICZA
203	**FLUOROURACILUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	**FLUOROURACILUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	**FLUOROURACILUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	**FLUOROURACILUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	**FLUOROURACILUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	**FLUOROURACILUM**	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	**FLUOROURACILUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	**FLUOROURACILUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	**FLUOROURACILUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	**FLUOROURACILUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	**FLUOROURACILUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	**FLUOROURACILUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	**FLUOROURACILUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	**FLUOROURACILUM**	C76.2	BRZUCH
217	**FLUOROURACILUM**	C76.3	MIEDNICA
218	**FLUOROURACILUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	**FLUOROURACILUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	**FLUOROURACILUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	**FLUOROURACILUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	**FLUOROURACILUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
223	**FLUOROURACILUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	**FLUOROURACILUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	**FLUOROURACILUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	**FLUOROURACILUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	**FLUOROURACILUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	**FLUOROURACILUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	**FLUOROURACILUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	**FLUOROURACILUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	**FLUOROURACILUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	**FLUOROURACILUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	**FLUOROURACILUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	**FLUOROURACILUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	**FLUOROURACILUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	**FLUOROURACILUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	**FLUOROURACILUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	**FLUOROURACILUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	**FLUOROURACILUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	**FLUOROURACILUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	**FLUOROURACILUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	**FLUOROURACILUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	**FLUOROURACILUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	**FLUOROURACILUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	**FLUOROURACILUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	**FLUOROURACILUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	**FLUOROURACILUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	**FLUOROURACILUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	**FLUOROURACILUM**	D48.4	OTRZEWNA
250	**FLUOROURACILUM**	D48.5	SKÓRA
251	**FLUOROURACILUM**	D48.6	SUTEK
252	**FLUOROURACILUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**FLUOROURACILUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FULVESTRANT**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	**FULVESTRANT**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	**FULVESTRANT**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	**FULVESTRANT**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	**FULVESTRANT**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	**FULVESTRANT**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	**FULVESTRANT**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	**FULVESTRANT**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	**FULVESTRANT**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	**FULVESTRANT**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCYTABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**GEMCYTABINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	**GEMCYTABINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	**GEMCYTABINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	**GEMCYTABINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	**GEMCYTABINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	**GEMCYTABINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	**GEMCYTABINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	**GEMCYTABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
9	**GEMCYTABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
10	**GEMCYTABINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
11	**GEMCYTABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
12	**GEMCYTABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
13	**GEMCYTABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
14	**GEMCYTABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
15	**GEMCYTABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
16	**GEMCYTABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
17	**GEMCYTABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
18	**GEMCYTABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
19	**GEMCYTABINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
20	**GEMCYTABINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
21	**GEMCYTABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**GEMCYTABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
23	**GEMCYTABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
24	**GEMCYTABINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
25	**GEMCYTABINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
26	**GEMCYTABINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
27	**GEMCYTABINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
28	**GEMCYTABINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
29	**GEMCYTABINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
30	**GEMCYTABINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
31	**GEMCYTABINUM**	C38.4	OPŁUCNA
32	**GEMCYTABINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
33	**GEMCYTABINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
34	**GEMCYTABINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
35	**GEMCYTABINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
36	**GEMCYTABINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
37	**GEMCYTABINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
38	**GEMCYTABINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
39	**GEMCYTABINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
40	**GEMCYTABINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
41	**GEMCYTABINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
42	**GEMCYTABINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
43	**GEMCYTABINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	**GEMCYTABINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
45	**GEMCYTABINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	**GEMCYTABINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
47	**GEMCYTABINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
48	**GEMCYTABINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
49	**GEMCYTABINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
50	**GEMCYTABINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
51	**GEMCYTABINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
52	**GEMCYTABINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
53	**GEMCYTABINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
54	**GEMCYTABINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
55	**GEMCYTABINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
56	**GEMCYTABINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
57	**GEMCYTABINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
58	**GEMCYTABINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
59	**GEMCYTABINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
60	**GEMCYTABINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
61	**GEMCYTABINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
62	**GEMCYTABINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
63	**GEMCYTABINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
64	**GEMCYTABINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
65	**GEMCYTABINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
66	**GEMCYTABINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
67	**GEMCYTABINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**GEMCYTABINUM**	C54.1	BŁONA SLUZOWA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
69	**GEMCYTABINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
70	**GEMCYTABINUM**	C54.3	DNO MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
71	**GEMCYTABINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
72	**GEMCYTABINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKRESLONE *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
73	**GEMCYTABINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
74	**GEMCYTABINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
75	**GEMCYTABINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
76	**GEMCYTABINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
77	**GEMCYTABINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
78	**GEMCYTABINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
79	**GEMCYTABINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
80	**GEMCYTABINUM**	C57.7	INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
81	**GEMCYTABINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
82	**GEMCYTABINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
83	**GEMCYTABINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
84	**GEMCYTABINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
85	**GEMCYTABINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
86	**GEMCYTABINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87	**GEMCYTABINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
88	**GEMCYTABINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
89	**GEMCYTABINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
90	**GEMCYTABINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
91	**GEMCYTABINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
92	**GEMCYTABINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
93	**GEMCYTABINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
94	**GEMCYTABINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
95	**GEMCYTABINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
96	**GEMCYTABINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
97	**GEMCYTABINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
98	**GEMCYTABINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
99	**GEMCYTABINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
100	**GEMCYTABINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
101	**GEMCYTABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
102	**GEMCYTABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
103	**GEMCYTABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
104	**GEMCYTABINUM**	C76.2	BRZUCH
105	**GEMCYTABINUM**	C76.3	MIEDNICA
106	**GEMCYTABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
107	**GEMCYTABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
108	**GEMCYTABINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109	**GEMCYTABINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
110	**GEMCYTABINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**GEMCYTABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
112	**GEMCYTABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
113	**GEMCYTABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
114	**GEMCYTABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
115	**GEMCYTABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTOW w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
116	**GEMCYTABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
117	**GEMCYTABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
118	**GEMCYTABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
119	**GEMCYTABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
120	**GEMCYTABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK,

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
121	**GEMCYTABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
122	**GEMCYTABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
123	**GEMCYTABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
124	**GEMCYTABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
125	**GEMCYTABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
126	**GEMCYTABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
127	**GEMCYTABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
128	**GEMCYTABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
129	**GEMCYTABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
130	**GEMCYTABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
131	**GEMCYTABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
132	**GEMCYTABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
133	**GEMCYTABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
134	**GEMCYTABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
135	**GEMCYTABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
136	**GEMCYTABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
137	**GEMCYTABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
138	**GEMCYTABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
139	**GEMCYTABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
140	**GEMCYTABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
141	**GEMCYTABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
142	**GEMCYTABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
143	**GEMCYTABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
144	**GEMCYTABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMOREK B, NIEOKRESLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
145	**GEMCYTABINUM**	C85.7	INNE OKRESLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
146	**GEMCYTABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
9	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
15	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
17	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
22	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
40	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.30.

IDARUBICIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**IDARUBICIN**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
2	**IDARUBICIN**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
3	**IDARUBICIN**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
4	**IDARUBICIN**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
5	**IDARUBICIN**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
6	**IDARUBICIN**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
7	**IDARUBICIN**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
8	**IDARUBICIN**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
9	**IDARUBICIN**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
10	**IDARUBICIN**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
11	**IDARUBICIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
12	**IDARUBICIN**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
13	**IDARUBICIN**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
14	**IDARUBICIN**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
15	**IDARUBICIN**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
16	**IDARUBICIN**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
17	**IDARUBICIN**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
18	**IDARUBICIN**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**IDARUBICIN**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
20	**IDARUBICIN**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
21	**IDARUBICIN**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
22	**IDARUBICIN**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
23	**IDARUBICIN**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
24	**IDARUBICIN**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
25	**IDARUBICIN**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
26	**IDARUBICIN**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
27	**IDARUBICIN**	C74.0	KORA NADNERCZY
28	**IDARUBICIN**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
29	**IDARUBICIN**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
30	**IDARUBICIN**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
31	**IDARUBICIN**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
32	**IDARUBICIN**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
33	**IDARUBICIN**	C76.2	BRZUCH
34	**IDARUBICIN**	C76.3	MIEDNICA
35	**IDARUBICIN**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
36	**IDARUBICIN**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
37	**IDARUBICIN**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
38	**IDARUBICIN**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
39	**IDARUBICIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40	**IDARUBICIN**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41	**IDARUBICIN**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	**IDARUBICIN**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43	**IDARUBICIN**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44	**IDARUBICIN**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**IDARUBICIN**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	**IDARUBICIN**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	**IDARUBICIN**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	**IDARUBICIN**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	**IDARUBICIN**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	**IDARUBICIN**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	**IDARUBICIN**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	**IDARUBICIN**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	**IDARUBICIN**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**IDARUBICIN**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**IDARUBICIN**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	**IDARUBICIN**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**IDARUBICIN**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	**IDARUBICIN**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	**IDARUBICIN**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	**IDARUBICIN**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	**IDARUBICIN**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	**IDARUBICIN**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**IDARUBICIN**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**IDARUBICIN**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**IDARUBICIN**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	**IDARUBICIN**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67	**IDARUBICIN**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	**IDARUBICIN**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	**IDARUBICIN**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	**IDARUBICIN**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	**IDARUBICIN**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	**IDARUBICIN**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	**IDARUBICIN**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	**IDARUBICIN**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	**IDARUBICIN**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	**IDARUBICIN**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**IDARUBICIN**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**IDARUBICIN**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**IDARUBICIN**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	**IDARUBICIN**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	**IDARUBICIN**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	**IDARUBICIN**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83	**IDARUBICIN**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
84	**IDARUBICIN**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
85	**IDARUBICIN**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
86	**IDARUBICIN**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
87	**IDARUBICIN**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	**IDARUBICIN**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	**IDARUBICIN**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	**IDARUBICIN**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	**IDARUBICIN**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	**IDARUBICIN**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
93	**IDARUBICIN**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	**IDARUBICIN**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	**IDARUBICIN**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	**IDARUBICIN**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**IFOSFAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**IFOSFAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**IFOSFAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**IFOSFAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**IFOSFAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**IFOSFAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**IFOSFAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**IFOSFAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**IFOSFAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**IFOSFAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**IFOSFAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**IFOSFAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**IFOSFAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**IFOSFAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**IFOSFAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**IFOSFAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**IFOSFAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**IFOSFAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**IFOSFAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**IFOSFAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**IFOSFAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**IFOSFAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**IFOSFAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**IFOSFAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**IFOSFAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**IFOSFAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**IFOSFAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**IFOSFAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**IFOSFAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**IFOSFAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**IFOSFAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**IFOSFAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**IFOSFAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**IFOSFAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**IFOSFAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**IFOSFAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**IFOSFAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**IFOSFAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**IFOSFAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**IFOSFAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**IFOSFAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**IFOSFAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**IFOSFAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**IFOSFAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**IFOSFAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	**IFOSFAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**IFOSFAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**IFOSFAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**IFOSFAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**IFOSFAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**IFOSFAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**IFOSFAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**IFOSFAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**IFOSFAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**IFOSFAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**IFOSFAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**IFOSFAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**IFOSFAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**IFOSFAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**IFOSFAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**IFOSFAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**IFOSFAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**IFOSFAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**IFOSFAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**IFOSFAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**IFOSFAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**IFOSFAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**IFOSFAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**IFOSFAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**IFOSFAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	**IFOSFAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**IFOSFAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**IFOSFAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**IFOSFAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**IFOSFAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**IFOSFAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**IFOSFAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**IFOSFAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**IFOSFAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**IFOSFAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**IFOSFAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**IFOSFAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**IFOSFAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**IFOSFAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**IFOSFAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**IFOSFAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**IFOSFAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**IFOSFAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**IFOSFAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90	**IFOSFAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**IFOSFAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**IFOSFAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**IFOSFAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**IFOSFAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**IFOSFAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	**IFOSFAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**IFOSFAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**IFOSFAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**IFOSFAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**IFOSFAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**IFOSFAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**IFOSFAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**IFOSFAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**IFOSFAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**IFOSFAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**IFOSFAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**IFOSFAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**IFOSFAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**IFOSFAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**IFOSFAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**IFOSFAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**IFOSFAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**IFOSFAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	**IFOSFAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**IFOSFAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**IFOSFAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**IFOSFAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**IFOSFAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**IFOSFAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**IFOSFAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	**IFOSFAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**IFOSFAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**IFOSFAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**IFOSFAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**IFOSFAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**IFOSFAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**IFOSFAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**IFOSFAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**IFOSFAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**IFOSFAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**IFOSFAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**IFOSFAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**IFOSFAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**IFOSFAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**IFOSFAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**IFOSFAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	**IFOSFAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**IFOSFAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**IFOSFAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**IFOSFAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141	**IFOSFAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**IFOSFAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**IFOSFAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**IFOSFAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**IFOSFAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	**IFOSFAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**IFOSFAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**IFOSFAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**IFOSFAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**IFOSFAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**IFOSFAMIDUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	**IFOSFAMIDUM**	C32.0	GŁOŚNIA
153	**IFOSFAMIDUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	**IFOSFAMIDUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	**IFOSFAMIDUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	**IFOSFAMIDUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	**IFOSFAMIDUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	**IFOSFAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	**IFOSFAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	**IFOSFAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	**IFOSFAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	**IFOSFAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	**IFOSFAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	**IFOSFAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	**IFOSFAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	**IFOSFAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	**IFOSFAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	**IFOSFAMIDUM**	C38.0	SERCE
169	**IFOSFAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	**IFOSFAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	**IFOSFAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	**IFOSFAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
173	**IFOSFAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	**IFOSFAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	**IFOSFAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	**IFOSFAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	**IFOSFAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	**IFOSFAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	**IFOSFAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	**IFOSFAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	**IFOSFAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	**IFOSFAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	**IFOSFAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	**IFOSFAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	**IFOSFAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	**IFOSFAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	**IFOSFAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
188	**IFOSFAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	**IFOSFAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	**IFOSFAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	**IFOSFAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	**IFOSFAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	**IFOSFAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	**IFOSFAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	**IFOSFAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	**IFOSFAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	**IFOSFAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	**IFOSFAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	**IFOSFAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	**IFOSFAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	**IFOSFAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	**IFOSFAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	**IFOSFAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	**IFOSFAMIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	**IFOSFAMIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	**IFOSFAMIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	**IFOSFAMIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	**IFOSFAMIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	**IFOSFAMIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	**IFOSFAMIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	**IFOSFAMIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	**IFOSFAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	**IFOSFAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	**IFOSFAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	**IFOSFAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	**IFOSFAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	**IFOSFAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	**IFOSFAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	**IFOSFAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	**IFOSFAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	**IFOSFAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	**IFOSFAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**IFOSFAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	**IFOSFAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	**IFOSFAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	**IFOSFAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	**IFOSFAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	**IFOSFAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	**IFOSFAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	**IFOSFAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	**IFOSFAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	**IFOSFAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	**IFOSFAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	**IFOSFAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	**IFOSFAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	**IFOSFAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	**IFOSFAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	**IFOSFAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	**IFOSFAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	**IFOSFAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	**IFOSFAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	**IFOSFAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	**IFOSFAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	**IFOSFAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	**IFOSFAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	**IFOSFAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	**IFOSFAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	**IFOSFAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	**IFOSFAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	**IFOSFAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
251	**IFOSFAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	**IFOSFAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	**IFOSFAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	**IFOSFAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	**IFOSFAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	**IFOSFAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	**IFOSFAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	**IFOSFAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	**IFOSFAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	**IFOSFAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	**IFOSFAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	**IFOSFAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	**IFOSFAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
264	**IFOSFAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	**IFOSFAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	**IFOSFAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	**IFOSFAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	**IFOSFAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**IFOSFAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	**IFOSFAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	**IFOSFAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
272	**IFOSFAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
273	**IFOSFAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	**IFOSFAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	**IFOSFAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	**IFOSFAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	**IFOSFAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**IFOSFAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**IFOSFAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**IFOSFAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**IFOSFAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**IFOSFAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**IFOSFAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**IFOSFAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**IFOSFAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**IFOSFAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**IFOSFAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**IFOSFAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**IFOSFAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**IFOSFAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**IFOSFAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**IFOSFAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**IFOSFAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**IFOSFAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**IFOSFAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	**IFOSFAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**IFOSFAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**IFOSFAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**IFOSFAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	**IFOSFAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**IFOSFAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**IFOSFAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**IFOSFAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**IFOSFAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**IFOSFAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**IFOSFAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**IFOSFAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**IFOSFAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**IFOSFAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**IFOSFAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**IFOSFAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**IFOSFAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**IFOSFAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**IFOSFAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**IFOSFAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**IFOSFAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**IFOSFAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**IFOSFAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**IFOSFAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**IFOSFAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	**IFOSFAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**IFOSFAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**IFOSFAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	**IFOSFAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**IFOSFAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**IFOSFAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**IFOSFAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**IFOSFAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**IFOSFAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**IFOSFAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**IFOSFAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**IFOSFAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**IFOSFAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**IFOSFAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**IFOSFAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**IFOSFAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**IFOSFAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**IFOSFAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**IFOSFAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**IFOSFAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**IFOSFAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**IFOSFAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**IFOSFAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**IFOSFAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**IFOSFAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**IFOSFAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	**IFOSFAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**IFOSFAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**IFOSFAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**IFOSFAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**IFOSFAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**IFOSFAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**IFOSFAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**IFOSFAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**IFOSFAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**IFOSFAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**IFOSFAMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**IFOSFAMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**IFOSFAMIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**IFOSFAMIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**IFOSFAMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**IFOSFAMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**IFOSFAMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**IFOSFAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**IFOSFAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**IFOSFAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**IFOSFAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**IFOSFAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**IFOSFAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	**IFOSFAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**IFOSFAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**IFOSFAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**IFOSFAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**IFOSFAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**IFOSFAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**IFOSFAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**IFOSFAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**IFOSFAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**IFOSFAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**IFOSFAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**IFOSFAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**IFOSFAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**IFOSFAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**IFOSFAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**IFOSFAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**IFOSFAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**IFOSFAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**IFOSFAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**IFOSFAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**IFOSFAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**IFOSFAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	**IFOSFAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**IFOSFAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**IFOSFAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**IFOSFAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	**IFOSFAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**IFOSFAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**IFOSFAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**IFOSFAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**IFOSFAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**IFOSFAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**IFOSFAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**IFOSFAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**IFOSFAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**IFOSFAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**IFOSFAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**IFOSFAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**IFOSFAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**IFOSFAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**IFOSFAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**IFOSFAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**IFOSFAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**IFOSFAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**IFOSFAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	**IFOSFAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**IFOSFAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**IFOSFAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**IFOSFAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**IFOSFAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**IFOSFAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	**IFOSFAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	**IFOSFAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**IFOSFAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**IFOSFAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**IFOSFAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**IFOSFAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**IFOSFAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**IFOSFAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**IFOSFAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**IFOSFAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**IFOSFAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**IFOSFAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**IFOSFAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**IFOSFAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**IFOSFAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**IFOSFAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**IFOSFAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**IFOSFAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	**IFOSFAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**IFOSFAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**IFOSFAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**IFOSFAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**IFOSFAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**IFOSFAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**IFOSFAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	**IFOSFAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**IFOSFAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**IFOSFAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**IFOSFAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**IFOSFAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**IFOSFAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**IFOSFAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**IFOSFAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**IFOSFAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**IFOSFAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**IFOSFAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**IFOSFAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**IFOSFAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**IFOSFAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**IFOSFAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**IFOSFAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**IFOSFAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	**IFOSFAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**IFOSFAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**IFOSFAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**IFOSFAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**IFOSFAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**IFOSFAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**IFOSFAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**IFOSFAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	**IFOSFAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**IFOSFAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**IFOSFAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**IFOSFAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**IFOSFAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**IFOSFAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**IFOSFAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**IFOSFAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**IFOSFAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**IFOSFAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**IFOSFAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**IFOSFAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**IFOSFAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**IFOSFAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**IFOSFAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	**IFOSFAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**IFOSFAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**IFOSFAMIDUM**	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**IFOSFAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**IFOSFAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**IFOSFAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**IFOSFAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**IFOSFAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**IFOSFAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	**IFOSFAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**IFOSFAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**IFOSFAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**IFOSFAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**IFOSFAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**IFOSFAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**IFOSFAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**IFOSFAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**IFOSFAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**IFOSFAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**IFOSFAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**IFOSFAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**IFOSFAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**IFOSFAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	**IFOSFAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**IFOSFAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**IFOSFAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**IFOSFAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**IFOSFAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**IFOSFAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**IFOSFAMIDUM**	D07.1	SROM
516	**IFOSFAMIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**IFOSFAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**IFOSFAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**IFOSFAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	**IFOSFAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**IFOSFAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**IFOSFAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**IFOSFAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**IFOSFAMIDUM**	D09.2	OKO
525	**IFOSFAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**IFOSFAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**IFOSFAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**IFOSFAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**IFOSFAMIDUM**	D10.0	WARGA
530	**IFOSFAMIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**IFOSFAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**IFOSFAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	**IFOSFAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**IFOSFAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**IFOSFAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**IFOSFAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**IFOSFAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**IFOSFAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**IFOSFAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**IFOSFAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**IFOSFAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**IFOSFAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**IFOSFAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**IFOSFAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	**IFOSFAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**IFOSFAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**IFOSFAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**IFOSFAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**IFOSFAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**IFOSFAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**IFOSFAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**IFOSFAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**IFOSFAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**IFOSFAMIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**IFOSFAMIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	**IFOSFAMIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**IFOSFAMIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**IFOSFAMIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**IFOSFAMIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**IFOSFAMIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**IFOSFAMIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**IFOSFAMIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**IFOSFAMIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**IFOSFAMIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**IFOSFAMIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**IFOSFAMIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**IFOSFAMIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**IFOSFAMIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**IFOSFAMIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	**IFOSFAMIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**IFOSFAMIDUM**	D15.1	SERCE
572	**IFOSFAMIDUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	**IFOSFAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**IFOSFAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**IFOSFAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**IFOSFAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**IFOSFAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**IFOSFAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	**IFOSFAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**IFOSFAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**IFOSFAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**IFOSFAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**IFOSFAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**IFOSFAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**IFOSFAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**IFOSFAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	**IFOSFAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	**IFOSFAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
589	**IFOSFAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	**IFOSFAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	**IFOSFAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	**IFOSFAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	**IFOSFAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	**IFOSFAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	**IFOSFAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	**IFOSFAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	**IFOSFAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	**IFOSFAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	**IFOSFAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	**IFOSFAMIDUM**	D28.0	SROM
601	**IFOSFAMIDUM**	D28.1	POCHWA
602	**IFOSFAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	**IFOSFAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	**IFOSFAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	**IFOSFAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	**IFOSFAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
607	**IFOSFAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	**IFOSFAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
609	**IFOSFAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
610	**IFOSFAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
611	**IFOSFAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	**IFOSFAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	**IFOSFAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	**IFOSFAMIDUM**	D30.0	NERKA
615	**IFOSFAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	**IFOSFAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
617	**IFOSFAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
618	**IFOSFAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	**IFOSFAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	**IFOSFAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	**IFOSFAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	**IFOSFAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
623	**IFOSFAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
624	**IFOSFAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
625	**IFOSFAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	**IFOSFAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	**IFOSFAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	**IFOSFAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	**IFOSFAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	**IFOSFAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	**IFOSFAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	**IFOSFAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	**IFOSFAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	**IFOSFAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	**IFOSFAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	**IFOSFAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	**IFOSFAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	**IFOSFAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	**IFOSFAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	**IFOSFAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	**IFOSFAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	**IFOSFAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	**IFOSFAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	**IFOSFAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	**IFOSFAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	**IFOSFAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
647	**IFOSFAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	**IFOSFAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
649	**IFOSFAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	**IFOSFAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
651	**IFOSFAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	**IFOSFAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	**IFOSFAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	**IFOSFAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	**IFOSFAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	**IFOSFAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	**IFOSFAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	**IFOSFAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	**IFOSFAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	**IFOSFAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	**IFOSFAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	**IFOSFAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
663	**IFOSFAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	**IFOSFAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
665	**IFOSFAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
666	**IFOSFAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
667	**IFOSFAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	**IFOSFAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	**IFOSFAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**IFOSFAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
671	**IFOSFAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	**IFOSFAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
673	**IFOSFAMIDUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
674	**IFOSFAMIDUM**	D38.4	GRASICA
675	**IFOSFAMIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	**IFOSFAMIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	**IFOSFAMIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	**IFOSFAMIDUM**	D39.0	MACICA
679	**IFOSFAMIDUM**	D39.1	JAJNIK
680	**IFOSFAMIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
681	**IFOSFAMIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	**IFOSFAMIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	**IFOSFAMIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	**IFOSFAMIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	**IFOSFAMIDUM**	D40.1	JĄDRO
686	**IFOSFAMIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	**IFOSFAMIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	**IFOSFAMIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	**IFOSFAMIDUM**	D41.0	NERKA
690	**IFOSFAMIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	**IFOSFAMIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
692	**IFOSFAMIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	**IFOSFAMIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
694	**IFOSFAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	**IFOSFAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	**IFOSFAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	**IFOSFAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	**IFOSFAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	**IFOSFAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	**IFOSFAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	**IFOSFAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	**IFOSFAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	**IFOSFAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	**IFOSFAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	**IFOSFAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	**IFOSFAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	**IFOSFAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	**IFOSFAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	**IFOSFAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
710	**IFOSFAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
711	**IFOSFAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	**IFOSFAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
713	**IFOSFAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	**IFOSFAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
715	**IFOSFAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
716	**IFOSFAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
717	**IFOSFAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	**IFOSFAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	**IFOSFAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	**IFOSFAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	**IFOSFAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	**IFOSFAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	**IFOSFAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	**IFOSFAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	**IFOSFAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	**IFOSFAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	**IFOSFAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
728	**IFOSFAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
729	**IFOSFAMIDUM**	D48.6	SUTEK
730	**IFOSFAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	**IFOSFAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	**IFOSFAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	**IFOSFAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	**IFOSFAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	**IFOSFAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	**IFOSFAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	**IFOSFAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	**IFOSFAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	**IFOSFAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
740	**IFOSFAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	**IFOSFAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IRINOTECANUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**IRINOTECANUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IRINOTECANUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IRINOTECANUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IRINOTECANUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IRINOTECANUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IRINOTECANUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**IRINOTECANUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**IRINOTECANUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**IRINOTECANUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**IRINOTECANUM**	C16.0	WPUST
12.	**IRINOTECANUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**IRINOTECANUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**IRINOTECANUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**IRINOTECANUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**IRINOTECANUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**IRINOTECANUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**IRINOTECANUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**IRINOTECANUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**IRINOTECANUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**IRINOTECANUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**IRINOTECANUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**IRINOTECANUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**IRINOTECANUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**IRINOTECANUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**IRINOTECANUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**IRINOTECANUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**IRINOTECANUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**IRINOTECANUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**IRINOTECANUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**IRINOTECANUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**IRINOTECANUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**IRINOTECANUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**IRINOTECANUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**IRINOTECANUM**	C18.7	ESICA
36.	**IRINOTECANUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**IRINOTECANUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**IRINOTECANUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**IRINOTECANUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**IRINOTECANUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	**IRINOTECANUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	**IRINOTECANUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	**IRINOTECANUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	**IRINOTECANUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	**IRINOTECANUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	**IRINOTECANUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	**IRINOTECANUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	**IRINOTECANUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	**IRINOTECANUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	**IRINOTECANUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	**IRINOTECANUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	**IRINOTECANUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	**IRINOTECANUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	**IRINOTECANUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	**IRINOTECANUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	**IRINOTECANUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	**IRINOTECANUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	**IRINOTECANUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	**IRINOTECANUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	**IRINOTECANUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	**IRINOTECANUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	**IRINOTECANUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	**IRINOTECANUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	**IRINOTECANUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	**IRINOTECANUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	**IRINOTECANUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	**IRINOTECANUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	**IRINOTECANUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	**IRINOTECANUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	**IRINOTECANUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	**IRINOTECANUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	**IRINOTECANUM**	C41.1	ŻUCHWA
73.	**IRINOTECANUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**IRINOTECANUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	**IRINOTECANUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	**IRINOTECANUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	**IRINOTECANUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	**IRINOTECANUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
79.	**IRINOTECANUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	**IRINOTECANUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	**IRINOTECANUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	**IRINOTECANUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	**IRINOTECANUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	**IRINOTECANUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	**IRINOTECANUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	**IRINOTECANUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	**IRINOTECANUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	**IRINOTECANUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	**IRINOTECANUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	**IRINOTECANUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	**IRINOTECANUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	**IRINOTECANUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	**IRINOTECANUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	**IRINOTECANUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	**IRINOTECANUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	**IRINOTECANUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	**IRINOTECANUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	**IRINOTECANUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	**IRINOTECANUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	**IRINOTECANUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	**IRINOTECANUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	**IRINOTECANUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	**IRINOTECANUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	**IRINOTECANUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	**IRINOTECANUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	**IRINOTECANUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	**IRINOTECANUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	**IRINOTECANUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	**IRINOTECANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	**IRINOTECANUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	**IRINOTECANUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	**IRINOTECANUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	**IRINOTECANUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**IRINOTECANUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**IRINOTECANUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**IRINOTECANUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**IRINOTECANUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	**IRINOTECANUM**	C67.7	MOCZOWNIK
119.	**IRINOTECANUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**IRINOTECANUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	**IRINOTECANUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	**IRINOTECANUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
123.	**IRINOTECANUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	**IRINOTECANUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	**IRINOTECANUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	**IRINOTECANUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	**IRINOTECANUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	**IRINOTECANUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
129.	**IRINOTECANUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	**IRINOTECANUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	**IRINOTECANUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	**IRINOTECANUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	**IRINOTECANUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	**IRINOTECANUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	**IRINOTECANUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	**IRINOTECANUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	**IRINOTECANUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	**IRINOTECANUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	**IRINOTECANUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	**IRINOTECANUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**LANREOTIDUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**LANREOTIDUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**LANREOTIDUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**LANREOTIDUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**LANREOTIDUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**LANREOTIDUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**LANREOTIDUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**LANREOTIDUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**LANREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**LANREOTIDUM**	C16.0	WPUST
12.	**LANREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**LANREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**LANREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**LANREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**LANREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**LANREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**LANREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**LANREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**LANREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**LANREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
22.	**LANREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**LANREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**LANREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**LANREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**LANREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**LANREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**LANREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**LANREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**LANREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**LANREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**LANREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**LANREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**LANREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**LANREOTIDUM**	C18.7	ESICA
36.	**LANREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**LANREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**LANREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**LANREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**LANREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	**LANREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	**LANREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	**LANREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	**LANREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	**LANREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	**LANREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	**LANREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	**LANREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	**LANREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	**LANREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	**LANREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	**LANREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	**LANREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	**LANREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	**LANREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	**LANREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	**LANREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	**LANREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	**LANREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	**LANREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	**LANREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	**LANREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	**LANREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	**LANREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	**LANREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
66.	**LANREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	**LANREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
68.	**LANREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	**LANREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	**LANREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	**LANREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	**LANREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	**LANREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**LANREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MELPHALANUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**MELPHALANUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**MELPHALANUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**MELPHALANUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**MELPHALANUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**MELPHALANUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**MELPHALANUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**MELPHALANUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**MELPHALANUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**MELPHALANUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**MELPHALANUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**MELPHALANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	**MELPHALANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	**MELPHALANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	**MELPHALANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	**MELPHALANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	**MELPHALANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	**MELPHALANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	**MELPHALANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	**MELPHALANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	**MELPHALANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**MELPHALANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	**MELPHALANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	**MELPHALANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	**MELPHALANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	**MELPHALANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	**MELPHALANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	**MELPHALANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	**MELPHALANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	**MELPHALANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	**MELPHALANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	**MELPHALANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	**MELPHALANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	**MELPHALANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	**MELPHALANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	**MELPHALANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MELPHALANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**MELPHALANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	**MELPHALANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
40.	**MELPHALANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	**MELPHALANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	**MELPHALANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	**MELPHALANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	**MELPHALANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	**MELPHALANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	**MELPHALANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	**MELPHALANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	**MELPHALANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	**MELPHALANUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	**MELPHALANUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	**MELPHALANUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
52.	**MELPHALANUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	**MELPHALANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**MELPHALANUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	**MELPHALANUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	**MELPHALANUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	**MELPHALANUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	**MELPHALANUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	**MELPHALANUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	**MELPHALANUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	**MELPHALANUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	**MELPHALANUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MERCAPTOPURINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**MERCAPTOPURINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**MERCAPTOPURINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**MERCAPTOPURINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**MERCAPTOPURINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MERCAPTOPURINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	**MERCAPTOPURINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
45.	**MERCAPTOPURINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	**MERCAPTOPURINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	**MERCAPTOPURINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	**MERCAPTOPURINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	**MERCAPTOPURINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	**MERCAPTOPURINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	**MERCAPTOPURINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
94.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	**MERCAPTOPURINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
102.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
107.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**METHOTREXATUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**METHOTREXATUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**METHOTREXATUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**METHOTREXATUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**METHOTREXATUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**METHOTREXATUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**METHOTREXATUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**METHOTREXATUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**METHOTREXATUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**METHOTREXATUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**METHOTREXATUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**METHOTREXATUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**METHOTREXATUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**METHOTREXATUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**METHOTREXATUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**METHOTREXATUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**METHOTREXATUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**METHOTREXATUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**METHOTREXATUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**METHOTREXATUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**METHOTREXATUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**METHOTREXATUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**METHOTREXATUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**METHOTREXATUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**METHOTREXATUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**METHOTREXATUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**METHOTREXATUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**METHOTREXATUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**METHOTREXATUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**METHOTREXATUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**METHOTREXATUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**METHOTREXATUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**METHOTREXATUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**METHOTREXATUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**METHOTREXATUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**METHOTREXATUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**METHOTREXATUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**METHOTREXATUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**METHOTREXATUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**METHOTREXATUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**METHOTREXATUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**METHOTREXATUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**METHOTREXATUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**METHOTREXATUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**METHOTREXATUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**METHOTREXATUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**METHOTREXATUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**METHOTREXATUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**METHOTREXATUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**METHOTREXATUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**METHOTREXATUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**METHOTREXATUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**METHOTREXATUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**METHOTREXATUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**METHOTREXATUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**METHOTREXATUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**METHOTREXATUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**METHOTREXATUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**METHOTREXATUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**METHOTREXATUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**METHOTREXATUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**METHOTREXATUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**METHOTREXATUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**METHOTREXATUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**METHOTREXATUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**METHOTREXATUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**METHOTREXATUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**METHOTREXATUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**METHOTREXATUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**METHOTREXATUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**METHOTREXATUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**METHOTREXATUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**METHOTREXATUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**METHOTREXATUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**METHOTREXATUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	**METHOTREXATUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	**METHOTREXATUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	**METHOTREXATUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	**METHOTREXATUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	**METHOTREXATUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	**METHOTREXATUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	**METHOTREXATUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	**METHOTREXATUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	**METHOTREXATUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	**METHOTREXATUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	**METHOTREXATUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	**METHOTREXATUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	**METHOTREXATUM**	C32.0	GŁOŚNIA
89.	**METHOTREXATUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	**METHOTREXATUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	**METHOTREXATUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	**METHOTREXATUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	**METHOTREXATUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	**METHOTREXATUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	**METHOTREXATUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	**METHOTREXATUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	**METHOTREXATUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	**METHOTREXATUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	**METHOTREXATUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	**METHOTREXATUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	**METHOTREXATUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	**METHOTREXATUM**	C38.0	SERCE
103.	**METHOTREXATUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	**METHOTREXATUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	**METHOTREXATUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	**METHOTREXATUM**	C38.4	OPŁUCNA
107.	**METHOTREXATUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	**METHOTREXATUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	**METHOTREXATUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	**METHOTREXATUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**METHOTREXATUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	**METHOTREXATUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	**METHOTREXATUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	**METHOTREXATUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	**METHOTREXATUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	**METHOTREXATUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	**METHOTREXATUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	**METHOTREXATUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	**METHOTREXATUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	**METHOTREXATUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	**METHOTREXATUM**	C41.1	ŻUCHWA
122.	**METHOTREXATUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	**METHOTREXATUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	**METHOTREXATUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	**METHOTREXATUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	**METHOTREXATUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**METHOTREXATUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	**METHOTREXATUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	**METHOTREXATUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	**METHOTREXATUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	**METHOTREXATUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	**METHOTREXATUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	**METHOTREXATUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	**METHOTREXATUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	**METHOTREXATUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	**METHOTREXATUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	**METHOTREXATUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	**METHOTREXATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	**METHOTREXATUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	**METHOTREXATUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	**METHOTREXATUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	**METHOTREXATUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**METHOTREXATUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	**METHOTREXATUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	**METHOTREXATUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	**METHOTREXATUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	**METHOTREXATUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	**METHOTREXATUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	**METHOTREXATUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	**METHOTREXATUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	**METHOTREXATUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	**METHOTREXATUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	**METHOTREXATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	**METHOTREXATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	**METHOTREXATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	**METHOTREXATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	**METHOTREXATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	**METHOTREXATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	**METHOTREXATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	**METHOTREXATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	**METHOTREXATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	**METHOTREXATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	**METHOTREXATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	**METHOTREXATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	**METHOTREXATUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	**METHOTREXATUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	**METHOTREXATUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	**METHOTREXATUM**	C57.3	PRZYMACICZA
169.	**METHOTREXATUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	**METHOTREXATUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	**METHOTREXATUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	**METHOTREXATUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	**METHOTREXATUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	**METHOTREXATUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	**METHOTREXATUM**	C60.0	NAPLETEK
176.	**METHOTREXATUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	**METHOTREXATUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	**METHOTREXATUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	**METHOTREXATUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	**METHOTREXATUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	**METHOTREXATUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	**METHOTREXATUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	**METHOTREXATUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	**METHOTREXATUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	**METHOTREXATUM**	C63.0	NAJĄDRZE
186.	**METHOTREXATUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	**METHOTREXATUM**	C63.2	MOSZNA
188.	**METHOTREXATUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	**METHOTREXATUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	**METHOTREXATUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	**METHOTREXATUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	**METHOTREXATUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	**METHOTREXATUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	**METHOTREXATUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	**METHOTREXATUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	**METHOTREXATUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	**METHOTREXATUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	**METHOTREXATUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	**METHOTREXATUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	**METHOTREXATUM**	C67.7	MOCZOWNIK
201.	**METHOTREXATUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**METHOTREXATUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	**METHOTREXATUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	**METHOTREXATUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	**METHOTREXATUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	**METHOTREXATUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	**METHOTREXATUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	**METHOTREXATUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	**METHOTREXATUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
210.	**METHOTREXATUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	**METHOTREXATUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	**METHOTREXATUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	**METHOTREXATUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	**METHOTREXATUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	**METHOTREXATUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	**METHOTREXATUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	**METHOTREXATUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	**METHOTREXATUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	**METHOTREXATUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	**METHOTREXATUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	**METHOTREXATUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	**METHOTREXATUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	**METHOTREXATUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	**METHOTREXATUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	**METHOTREXATUM**	C76.2	BRZUCH
226.	**METHOTREXATUM**	C76.3	MIEDNICA
227.	**METHOTREXATUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	**METHOTREXATUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	**METHOTREXATUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	**METHOTREXATUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	**METHOTREXATUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	**METHOTREXATUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	**METHOTREXATUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	**METHOTREXATUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	**METHOTREXATUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	**METHOTREXATUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	**METHOTREXATUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	**METHOTREXATUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	**METHOTREXATUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	**METHOTREXATUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	**METHOTREXATUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	**METHOTREXATUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	**METHOTREXATUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	**METHOTREXATUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	**METHOTREXATUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	**METHOTREXATUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	**METHOTREXATUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	**METHOTREXATUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	**METHOTREXATUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	**METHOTREXATUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	**METHOTREXATUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	**METHOTREXATUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	**METHOTREXATUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	**METHOTREXATUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	**METHOTREXATUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	**METHOTREXATUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	**METHOTREXATUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	**METHOTREXATUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	**METHOTREXATUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	**METHOTREXATUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	**METHOTREXATUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	**METHOTREXATUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	**METHOTREXATUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	**METHOTREXATUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	**METHOTREXATUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	**METHOTREXATUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	**METHOTREXATUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	**METHOTREXATUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	**METHOTREXATUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	**METHOTREXATUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	**METHOTREXATUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	**METHOTREXATUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	**METHOTREXATUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	**METHOTREXATUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
275.	**METHOTREXATUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	**METHOTREXATUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	**METHOTREXATUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	**METHOTREXATUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	**METHOTREXATUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	**METHOTREXATUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	**METHOTREXATUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	**METHOTREXATUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	**METHOTREXATUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	**METHOTREXATUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	**METHOTREXATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
286.	**METHOTREXATUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	**METHOTREXATUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	**METHOTREXATUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	**METHOTREXATUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	**METHOTREXATUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	**METHOTREXATUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	**METHOTREXATUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
293.	**METHOTREXATUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	**METHOTREXATUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	**METHOTREXATUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	**METHOTREXATUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	**METHOTREXATUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	**METHOTREXATUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	**METHOTREXATUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	**METHOTREXATUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	**METHOTREXATUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	**METHOTREXATUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	**METHOTREXATUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	**METHOTREXATUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	**METHOTREXATUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	**METHOTREXATUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	**METHOTREXATUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	**METHOTREXATUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	**METHOTREXATUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	**METHOTREXATUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	**METHOTREXATUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	**METHOTREXATUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	**METHOTREXATUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	**METHOTREXATUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	**METHOTREXATUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	**METHOTREXATUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	**METHOTREXATUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	**METHOTREXATUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	**METHOTREXATUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	**METHOTREXATUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	**METHOTREXATUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	**METHOTREXATUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	**METHOTREXATUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	**METHOTREXATUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	**METHOTREXATUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	**METHOTREXATUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	**METHOTREXATUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	**METHOTREXATUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	**METHOTREXATUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	**METHOTREXATUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	**METHOTREXATUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	**METHOTREXATUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	**METHOTREXATUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	**METHOTREXATUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	**METHOTREXATUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	**METHOTREXATUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	**METHOTREXATUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	**METHOTREXATUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	**METHOTREXATUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	**METHOTREXATUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	**METHOTREXATUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
342.	**METHOTREXATUM**	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**METHOTREXATUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	**METHOTREXATUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	**METHOTREXATUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	**METHOTREXATUM**	D39.0	MACICA
347.	**METHOTREXATUM**	D39.1	JAJNIK
348.	**METHOTREXATUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	**METHOTREXATUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	**METHOTREXATUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	**METHOTREXATUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	**METHOTREXATUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	**METHOTREXATUM**	D40.1	JĄDRO
354.	**METHOTREXATUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	**METHOTREXATUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	**METHOTREXATUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	**METHOTREXATUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	**METHOTREXATUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	**METHOTREXATUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	**METHOTREXATUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	**METHOTREXATUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	**METHOTREXATUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	**METHOTREXATUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	**METHOTREXATUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	**METHOTREXATUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	**METHOTREXATUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	**METHOTREXATUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	**METHOTREXATUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	**METHOTREXATUM**	D44.5	SZYSZYNKA
370.	**METHOTREXATUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	**METHOTREXATUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	**METHOTREXATUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	**METHOTREXATUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	**METHOTREXATUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
375.	**METHOTREXATUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	**METHOTREXATUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	**METHOTREXATUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	**METHOTREXATUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	**METHOTREXATUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**METHOTREXATUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	**METHOTREXATUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	**METHOTREXATUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	**METHOTREXATUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
384.	**METHOTREXATUM**	D48.4	OTRZEWNA
385.	**METHOTREXATUM**	D48.5	SKÓRA
386.	**METHOTREXATUM**	D48.6	SUTEK
387.	**METHOTREXATUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	**METHOTREXATUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	**METHOTREXATUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	**METHOTREXATUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	**METHOTREXATUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	**METHOTREXATUM**	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**METHOTREXATUM**	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	**METHOTREXATUM**	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	**METHOTREXATUM**	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	**METHOTREXATUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	**METHOTREXATUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	**METHOTREXATUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	**METHOTREXATUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	**METHOTREXATUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	**METHOTREXATUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
402.	**METHOTREXATUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	**METHOTREXATUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OCTREOTIDUM**	C16.0	WPUST
3.	**OCTREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OCTREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OCTREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OCTREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OCTREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OCTREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OCTREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OCTREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OCTREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OCTREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OCTREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OCTREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OCTREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OCTREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OCTREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OCTREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OCTREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OCTREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	**OCTREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OCTREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OCTREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**OCTREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OCTREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OCTREOTIDUM**	C18.7	ESICA
27.	**OCTREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OCTREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OCTREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OCTREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OCTREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	**OCTREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	**OCTREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	**OCTREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	**OCTREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	**OCTREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
38.	**OCTREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	**OCTREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	**OCTREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	**OCTREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	**OCTREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	**OCTREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	**OCTREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	**OCTREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	**OCTREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	**OCTREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	**OCTREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	**OCTREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	**OCTREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	**OCTREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	**OCTREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	**OCTREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	**OCTREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	**OCTREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	**OCTREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
57.	**OCTREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	**OCTREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
59.	**OCTREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	**OCTREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	**OCTREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	**OCTREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	**OCTREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	**OCTREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	**OCTREOTIDUM**	E34.8	INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
66.	**OCTREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OXALIPLATINUM**	C16.0	WPUST
3.	**OXALIPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OXALIPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OXALIPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OXALIPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OXALIPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OXALIPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OXALIPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OXALIPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OXALIPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OXALIPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OXALIPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OXALIPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OXALIPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OXALIPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OXALIPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OXALIPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OXALIPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OXALIPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**OXALIPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	**OXALIPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	**OXALIPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
2.	**OXALIPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**OXALIPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	**OXALIPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	**OXALIPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
6.	**OXALIPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
7.	**OXALIPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
8.	**OXALIPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
9.	**OXALIPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
10.	**OXALIPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
11.	**OXALIPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
12.	**OXALIPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
13.	**OXALIPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
14.	**OXALIPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
15.	**OXALIPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**OXALIPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
17.	**OXALIPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
18.	**OXALIPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
19.	**OXALIPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
20.	**OXALIPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
21.	**OXALIPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
22.	**OXALIPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
23.	**OXALIPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
24.	**OXALIPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
25.	**OXALIPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
26.	**OXALIPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
27.	**OXALIPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
28.	**OXALIPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	**OXALIPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
30.	**OXALIPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
31.	**OXALIPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
32.	**OXALIPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
33.	**OXALIPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
34.	**OXALIPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
35.	**OXALIPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
36.	**OXALIPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
37.	**OXALIPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**OXALIPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
39.	**OXALIPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40.	**OXALIPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41.	**OXALIPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
42.	**OXALIPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43.	**OXALIPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44.	**OXALIPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
45.	**OXALIPLATINUM**	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PACLITAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**PACLITAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**PACLITAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**PACLITAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**PACLITAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**PACLITAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**PACLITAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**PACLITAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**PACLITAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**PACLITAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**PACLITAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**PACLITAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**PACLITAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**PACLITAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**PACLITAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**PACLITAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**PACLITAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**PACLITAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**PACLITAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**PACLITAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**PACLITAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**PACLITAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**PACLITAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**PACLITAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**PACLITAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**PACLITAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**PACLITAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**PACLITAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**PACLITAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**PACLITAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**PACLITAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**PACLITAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**PACLITAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**PACLITAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**PACLITAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**PACLITAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**PACLITAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**PACLITAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**PACLITAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**PACLITAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**PACLITAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**PACLITAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PACLITAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**PACLITAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**PACLITAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**PACLITAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**PACLITAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**PACLITAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**PACLITAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**PACLITAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**PACLITAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**PACLITAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**PACLITAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**PACLITAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**PACLITAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**PACLITAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**PACLITAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**PACLITAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**PACLITAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**PACLITAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**PACLITAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**PACLITAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**PACLITAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**PACLITAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**PACLITAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**PACLITAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**PACLITAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**PACLITAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**PACLITAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**PACLITAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**PACLITAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**PACLITAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**PACLITAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**PACLITAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**PACLITAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**PACLITAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**PACLITAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**PACLITAXELUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
79.	**PACLITAXELUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
80.	**PACLITAXELUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
81.	**PACLITAXELUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
82.	**PACLITAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
83.	**PACLITAXELUM**	C16.0	WPUST *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
84.	**PACLITAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
85.	**PACLITAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
86.	**PACLITAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
87.	**PACLITAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
88.	**PACLITAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
89.	**PACLITAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
90.	**PACLITAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
91.	**PACLITAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
92.	**PACLITAXELUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
93.	**PACLITAXELUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
94.	**PACLITAXELUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
95.	**PACLITAXELUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
96.	**PACLITAXELUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
97.	**PACLITAXELUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
98.	**PACLITAXELUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99.	**PACLITAXELUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
100.	**PACLITAXELUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
101.	**PACLITAXELUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
102.	**PACLITAXELUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
103.	**PACLITAXELUM**	C32.0	GŁOŚNIA
104.	**PACLITAXELUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
105.	**PACLITAXELUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
106.	**PACLITAXELUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
107.	**PACLITAXELUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
108.	**PACLITAXELUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
109.	**PACLITAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
110.	**PACLITAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
111.	**PACLITAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
112.	**PACLITAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
113.	**PACLITAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
114.	**PACLITAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
115.	**PACLITAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
116.	**PACLITAXELUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
117.	**PACLITAXELUM**	C38.0	SERCE
118.	**PACLITAXELUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
119.	**PACLITAXELUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
120.	**PACLITAXELUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
121.	**PACLITAXELUM**	C38.4	OPŁUCNA
122.	**PACLITAXELUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
123.	**PACLITAXELUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
124.	**PACLITAXELUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
125.	**PACLITAXELUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
126.	**PACLITAXELUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
127.	**PACLITAXELUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
128.	**PACLITAXELUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
129.	**PACLITAXELUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
130.	**PACLITAXELUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
131.	**PACLITAXELUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
132.	**PACLITAXELUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
133.	**PACLITAXELUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
134.	**PACLITAXELUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
135.	**PACLITAXELUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
136.	**PACLITAXELUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
137.	**PACLITAXELUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
138.	**PACLITAXELUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
139.	**PACLITAXELUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
140.	**PACLITAXELUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
141.	**PACLITAXELUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
142.	**PACLITAXELUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**PACLITAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
144.	**PACLITAXELUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
145.	**PACLITAXELUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146.	**PACLITAXELUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
147.	**PACLITAXELUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
148.	**PACLITAXELUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
149.	**PACLITAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
150.	**PACLITAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
151.	**PACLITAXELUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
152.	**PACLITAXELUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
153.	**PACLITAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
154.	**PACLITAXELUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
155.	**PACLITAXELUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
156.	**PACLITAXELUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
157.	**PACLITAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
158.	**PACLITAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
159.	**PACLITAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
160.	**PACLITAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
161.	**PACLITAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
162.	**PACLITAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
163.	**PACLITAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
164.	**PACLITAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
165.	**PACLITAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
166.	**PACLITAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
167.	**PACLITAXELUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
168.	**PACLITAXELUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
169.	**PACLITAXELUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
170.	**PACLITAXELUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
171.	**PACLITAXELUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
172.	**PACLITAXELUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
173.	**PACLITAXELUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
174.	**PACLITAXELUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
175.	**PACLITAXELUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
176.	**PACLITAXELUM**	C54.3	DNO MACICY
177.	**PACLITAXELUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
178.	**PACLITAXELUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
179.	**PACLITAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
180.	**PACLITAXELUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
181.	**PACLITAXELUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
182.	**PACLITAXELUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
183.	**PACLITAXELUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
184.	**PACLITAXELUM**	C57.3	PRZYMACICZA
185.	**PACLITAXELUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
186.	**PACLITAXELUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
187.	**PACLITAXELUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
188.	**PACLITAXELUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
189.	**PACLITAXELUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
190.	**PACLITAXELUM**	C60.0	NAPLETEK *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia
191.	**PACLITAXELUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
192.	**PACLITAXELUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
193.	**PACLITAXELUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
194.	**PACLITAXELUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
195.	**PACLITAXELUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
196.	**PACLITAXELUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
197.	**PACLITAXELUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
198.	**PACLITAXELUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
199.	**PACLITAXELUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
200.	**PACLITAXELUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
201.	**PACLITAXELUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**PACLITAXELUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
203.	**PACLITAXELUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
204.	**PACLITAXELUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
205.	**PACLITAXELUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
206.	**PACLITAXELUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
207.	**PACLITAXELUM**	C67.7	MOCZOWNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
208.	**PACLITAXELUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
209.	**PACLITAXELUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
210.	**PACLITAXELUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
211.	**PACLITAXELUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
212.	**PACLITAXELUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
213.	**PACLITAXELUM**	C76.2	BRZUCH
214.	**PACLITAXELUM**	C76.3	MIEDNICA
215.	**PACLITAXELUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
216.	**PACLITAXELUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
217.	**PACLITAXELUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
218.	**PACLITAXELUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
219.	**PACLITAXELUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
220.	**PACLITAXELUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEGASPARGASUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**PEGASPARGASUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**PEGASPARGASUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**PEGASPARGASUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**PEGASPARGASUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**PEGASPARGASUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**PEGASPARGASUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**PEGASPARGASUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**PEGASPARGASUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**PEGASPARGASUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**PEGASPARGASUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**PEGASPARGASUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**PEGASPARGASUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**PEGASPARGASUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**PEGASPARGASUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**PEGASPARGASUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**PEGASPARGASUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**PEGASPARGASUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**PEGASPARGASUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**PEGASPARGASUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**PEGASPARGASUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**PEGASPARGASUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**PEGASPARGASUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**PEGASPARGASUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**PEGASPARGASUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**PEGASPARGASUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**PEGASPARGASUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**PEGASPARGASUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**PEGASPARGASUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**PEGASPARGASUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**PEGASPARGASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	**PEGASPARGASUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	**PEGASPARGASUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	**PEGASPARGASUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	**PEGASPARGASUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	**PEGASPARGASUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	**PEGASPARGASUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**PEGASPARGASUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	**PEGASPARGASUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	**PEGASPARGASUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	**PEGASPARGASUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	**PEGASPARGASUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PEGASPARGASUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	**PEGASPARGASUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	**PEGASPARGASUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	**PEGASPARGASUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**PEGASPARGASUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEMETREKSED**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*
2.	**PEMETREKSED**	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RITUXIMABUM**	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	**RITUXIMABUM**	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	**RITUXIMABUM**	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	**RITUXIMABUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	**RITUXIMABUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	**RITUXIMABUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	**RITUXIMABUM**	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	**RITUXIMABUM**	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	**RITUXIMABUM**	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	**RITUXIMABUM**	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	**RITUXIMABUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	**RITUXIMABUM**	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	**RITUXIMABUM**	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	**RITUXIMABUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	**RITUXIMABUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	**RITUXIMABUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	**RITUXIMABUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	**RITUXIMABUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	**RITUXIMABUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	**RITUXIMABUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
21.	**RITUXIMABUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	**RITUXIMABUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	**RITUXIMABUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	**RITUXIMABUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	**RITUXIMABUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	**RITUXIMABUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	**RITUXIMABUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	**RITUXIMABUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	**RITUXIMABUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	**RITUXIMABUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**RITUXIMABUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TIOGUANINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**TIOGUANINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**TIOGUANINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**TIOGUANINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**TIOGUANINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**TIOGUANINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**TIOGUANINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**TIOGUANINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**TIOGUANINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**TIOGUANINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**TIOGUANINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**TIOGUANINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**TIOGUANINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**TIOGUANINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**TIOGUANINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**TIOGUANINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**TIOGUANINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**TIOGUANINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TIOGUANINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**TIOGUANINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**TIOGUANINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**TIOGUANINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**TIOGUANINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**TIOGUANINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**TIOGUANINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**TIOGUANINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**TIOGUANINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**TIOGUANINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**TIOGUANINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**TIOGUANINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	**TIOGUANINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32.	**TIOGUANINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	**TIOGUANINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	**TIOGUANINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	**TIOGUANINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	**TIOGUANINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	**TIOGUANINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**TIOGUANINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	**TIOGUANINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	**TIOGUANINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	**TIOGUANINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	**TIOGUANINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TIOGUANINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44.	**TIOGUANINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	**TIOGUANINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	**TIOGUANINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**TIOGUANINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	**TIOGUANINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	**TIOGUANINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	**TIOGUANINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	**TIOGUANINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	**TIOGUANINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	**TIOGUANINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**TIOGUANINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	**TIOGUANINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	**TIOGUANINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	**TIOGUANINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	**TIOGUANINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	**TIOGUANINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	**TIOGUANINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	**TIOGUANINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	**TIOGUANINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	**TIOGUANINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	**TIOGUANINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	**TIOGUANINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	**TIOGUANINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**TIOGUANINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	**TIOGUANINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	**TIOGUANINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**TIOGUANINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	**TIOGUANINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	**TIOGUANINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	**TIOGUANINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	**TIOGUANINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	**TIOGUANINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	**TIOGUANINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	**TIOGUANINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	**TIOGUANINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	**TIOGUANINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	**TIOGUANINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	**TIOGUANINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	**TIOGUANINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

TOPOTECANUM p.o.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM doustnie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOSLIWY JAJNIKA

Załącznik C.57.2.

TOPOTECANUM inj.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
9.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.0	SERCE
10.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
12.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.4	OPŁUCNA
14.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
15.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRISTINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINCRISTINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINCRISTINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINCRISTINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINCRISTINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINCRISTINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINCRISTINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINCRISTINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINCRISTINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINCRISTINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINCRISTINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINCRISTINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINCRISTINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINCRISTINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINCRISTINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINCRISTINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINCRISTINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINCRISTINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINCRISTINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINCRISTINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**VINCRISTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINCRISTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINCRISTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINCRISTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINCRISTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINCRISTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINCRISTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINCRISTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINCRISTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINCRISTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINCRISTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINCRISTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINCRISTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINCRISTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINCRISTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINCRISTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINCRISTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINCRISTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINCRISTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINCRISTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINCRISTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINCRISTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINCRISTINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**VINCRISTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINCRISTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINCRISTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINCRISTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINCRISTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINCRISTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINCRISTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINCRISTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINCRISTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINCRISTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINCRISTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINCRISTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINCRISTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINCRISTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINCRISTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINCRISTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINCRISTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINCRISTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINCRISTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINCRISTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINCRISTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINCRISTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINCRISTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINCRISTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINCRISTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINCRISTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINCRISTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINCRISTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINCRISTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINCRISTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINCRISTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINCRISTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINCRISTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINCRISTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINCRISTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINCRISTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINCRISTINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINCRISTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINCRISTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINCRISTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINCRISTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINCRISTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINCRISTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINCRISTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINCRISTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINCRISTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINCRISTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINCRISTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINCRISTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINCRISTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINCRISTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINCRISTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINCRISTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINCRISTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINCRISTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINCRISTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINCRISTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINCRISTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINCRISTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINCRISTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	**VINCRISTINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINCRISTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINCRISTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINCRISTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINCRISTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINCRISTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINCRISTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINCRISTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINCRISTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINCRISTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINCRISTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINCRISTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINCRISTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINCRISTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINCRISTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINCRISTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINCRISTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINCRISTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINCRISTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINCRISTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINCRISTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINCRISTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINCRISTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINCRISTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINCRISTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINCRISTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINCRISTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	**VINCRISTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINCRISTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINCRISTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINCRISTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINCRISTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINCRISTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINCRISTINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	**VINCRISTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINCRISTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINCRISTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINCRISTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINORELBINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINORELBINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINORELBINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINORELBINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINORELBINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINORELBINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINORELBINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINORELBINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINORELBINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINORELBINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINORELBINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINORELBINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINORELBINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINORELBINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINORELBINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINORELBINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINORELBINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINORELBINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINORELBINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**VINORELBINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINORELBINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINORELBINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINORELBINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINORELBINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINORELBINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINORELBINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINORELBINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINORELBINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINORELBINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINORELBINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINORELBINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINORELBINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINORELBINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINORELBINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINORELBINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINORELBINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINORELBINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINORELBINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINORELBINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**VINORELBINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINORELBINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINORELBINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINORELBINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINORELBINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINORELBINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINORELBINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	**VINORELBINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINORELBINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINORELBINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINORELBINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINORELBINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINORELBINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINORELBINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINORELBINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINORELBINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINORELBINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINORELBINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINORELBINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINORELBINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINORELBINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINORELBINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINORELBINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINORELBINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINORELBINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINORELBINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINORELBINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINORELBINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINORELBINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINORELBINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINORELBINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	**VINORELBINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINORELBINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINORELBINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINORELBINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINORELBINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINORELBINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINORELBINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINORELBINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINORELBINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINORELBINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINORELBINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINORELBINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINORELBINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINORELBINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90.	**VINORELBINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINORELBINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINORELBINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINORELBINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINORELBINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINORELBINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINORELBINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINORELBINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINORELBINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINORELBINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINORELBINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINORELBINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINORELBINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	**VINORELBINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINORELBINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINORELBINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINORELBINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINORELBINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINORELBINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINORELBINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINORELBINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINORELBINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINORELBINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINORELBINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINORELBINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINORELBINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINORELBINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINORELBINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINORELBINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINORELBINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINORELBINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINORELBINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINORELBINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	**VINORELBINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINORELBINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINORELBINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINORELBINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINORELBINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINORELBINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINORELBINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	**VINORELBINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINORELBINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINORELBINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINORELBINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINORELBINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINORELBINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINORELBINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINORELBINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINORELBINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINORELBINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINORELBINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINORELBINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINORELBINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINORELBINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINORELBINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINORELBINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINORELBINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINORELBINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINORELBINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINORELBINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	**VINORELBINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINORELBINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINORELBINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINORELBINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
161.	**VINORELBINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINORELBINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINORELBINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINORELBINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINORELBINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINORELBINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINORELBINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINORELBINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINORELBINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINORELBINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINORELBINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINORELBINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINORELBINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINORELBINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINORELBINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINORELBINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINORELBINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINORELBINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINORELBINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINORELBINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINORELBINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINORELBINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINORELBINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINORELBINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINORELBINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINORELBINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINORELBINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINORELBINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINORELBINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINORELBINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINORELBINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINORELBINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINORELBINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINORELBINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINORELBINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINORELBINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	**VINORELBINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
206.	**VINORELBINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**VINORELBINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**VINORELBINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	**VINORELBINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**VINORELBINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**VINORELBINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**VINORELBINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**VINORELBINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**VINORELBINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**VINORELBINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**VINORELBINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**VINORELBINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**VINORELBINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**VINORELBINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**VINORELBINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**VINORELBINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**VINORELBINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**VINORELBINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**VINORELBINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	**VINORELBINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**VINORELBINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**VINORELBINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**VINORELBINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**VINORELBINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**VINORELBINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**VINORELBINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**VINORELBINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**VINORELBINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**VINORELBINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**VINORELBINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
236.	**VINORELBINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**VINORELBINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**VINORELBINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**VINORELBINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**VINORELBINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**VINORELBINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**VINORELBINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**VINORELBINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**VINORELBINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**VINORELBINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**VINORELBINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**VINORELBINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**VINORELBINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	**VINORELBINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**VINORELBINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**VINORELBINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	**VINORELBINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**VINORELBINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**VINORELBINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**VINORELBINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**VINORELBINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**VINORELBINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**VINORELBINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**VINORELBINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**VINORELBINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**VINORELBINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**VINORELBINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
263.	**VINORELBINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**VINORELBINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**VINORELBINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**VINORELBINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**VINORELBINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**VINORELBINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**VINORELBINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**VINORELBINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**VINORELBINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	**VINORELBINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	**VINORELBINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	**VINORELBINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	**VINORELBINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	**VINORELBINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	**VINORELBINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
278.	**VINORELBINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	**VINORELBINUM**	C63.2	MOSZNA
280.	**VINORELBINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	**VINORELBINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	**VINORELBINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINORELBINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	**VINORELBINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**VINORELBINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	**VINORELBINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	**VINORELBINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**VINORELBINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**VINORELBINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
290.	**VINORELBINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**VINORELBINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**VINORELBINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**VINORELBINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	**VINORELBINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
295.	**VINORELBINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	**VINORELBINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	**VINORELBINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	**VINORELBINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	**VINORELBINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	**VINORELBINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	**VINORELBINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	**VINORELBINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	**VINORELBINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
304.	**VINORELBINUM**	C69.1	ROGÓWKA
305.	**VINORELBINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
306.	**VINORELBINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	**VINORELBINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	**VINORELBINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	**VINORELBINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
310.	**VINORELBINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	**VINORELBINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	**VINORELBINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	**VINORELBINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	**VINORELBINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	**VINORELBINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	**VINORELBINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
317.	**VINORELBINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	**VINORELBINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	**VINORELBINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	**VINORELBINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	**VINORELBINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	**VINORELBINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	**VINORELBINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
324.	**VINORELBINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	**VINORELBINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	**VINORELBINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	**VINORELBINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	**VINORELBINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	**VINORELBINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	**VINORELBINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	**VINORELBINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	**VINORELBINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	**VINORELBINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	**VINORELBINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	**VINORELBINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	**VINORELBINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	**VINORELBINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	**VINORELBINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	**VINORELBINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	**VINORELBINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	**VINORELBINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	**VINORELBINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**VINORELBINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	**VINORELBINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	**VINORELBINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
346.	**VINORELBINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	**VINORELBINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
348.	**VINORELBINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	**VINORELBINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	**VINORELBINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	**VINORELBINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	**VINORELBINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
353.	**VINORELBINUM**	C76.2	BRZUCH
354.	**VINORELBINUM**	C76.3	MIEDNICA
355.	**VINORELBINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	**VINORELBINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	**VINORELBINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	**VINORELBINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	**VINORELBINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	**VINORELBINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	**VINORELBINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
362.	**VINORELBINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	**VINORELBINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	**VINORELBINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	**VINORELBINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	**VINORELBINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	**VINORELBINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	**VINORELBINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
369.	**VINORELBINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	**VINORELBINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	**VINORELBINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	**VINORELBINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	**VINORELBINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	**VINORELBINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	**VINORELBINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	**VINORELBINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	**VINORELBINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	**VINORELBINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	**VINORELBINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	**VINORELBINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	**VINORELBINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	**VINORELBINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	**VINORELBINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	**VINORELBINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	**VINORELBINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	**VINORELBINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	**VINORELBINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	**VINORELBINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	**VINORELBINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	**VINORELBINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	**VINORELBINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	**VINORELBINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	**VINORELBINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	**VINORELBINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	**VINORELBINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	**VINORELBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	**VINORELBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	**VINORELBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	**VINORELBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	**VINORELBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	**VINORELBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	**VINORELBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	**VINORELBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	**VINORELBINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	**VINORELBINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	**VINORELBINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	**VINORELBINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	**VINORELBINUM**	D01.2	ODBYTNICA
409.	**VINORELBINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	**VINORELBINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	**VINORELBINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
412.	**VINORELBINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	**VINORELBINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	**VINORELBINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	**VINORELBINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	**VINORELBINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	**VINORELBINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	**VINORELBINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	**VINORELBINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	**VINORELBINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	**VINORELBINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	**VINORELBINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	**VINORELBINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	**VINORELBINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	**VINORELBINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	**VINORELBINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	**VINORELBINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	**VINORELBINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	**VINORELBINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	**VINORELBINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	**VINORELBINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	**VINORELBINUM**	D07.1	SROM
433.	**VINORELBINUM**	D07.2	POCHWA
434.	**VINORELBINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	**VINORELBINUM**	D07.4	PRĄCIE
436.	**VINORELBINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	**VINORELBINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	**VINORELBINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	**VINORELBINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
440.	**VINORELBINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	**VINORELBINUM**	D09.2	OKO
442.	**VINORELBINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	**VINORELBINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	**VINORELBINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	**VINORELBINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	**VINORELBINUM**	D10.0	WARGA
447.	**VINORELBINUM**	D10.1	JĘZYK
448.	**VINORELBINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	**VINORELBINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	**VINORELBINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
451.	**VINORELBINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	**VINORELBINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	**VINORELBINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	**VINORELBINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	**VINORELBINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	**VINORELBINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	**VINORELBINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	**VINORELBINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	**VINORELBINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	**VINORELBINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	**VINORELBINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	**VINORELBINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	**VINORELBINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	**VINORELBINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	**VINORELBINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	**VINORELBINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	**VINORELBINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	**VINORELBINUM**	D12.8	ODBYTNICA
469.	**VINORELBINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	**VINORELBINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	**VINORELBINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	**VINORELBINUM**	D14.1	KRTAŃ
483.	**VINORELBINUM**	D14.2	TCHAWICA
484.	**VINORELBINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	**VINORELBINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	**VINORELBINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	**VINORELBINUM**	D15.0	GRASICA
488.	**VINORELBINUM**	D15.1	SERCE
489.	**VINORELBINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	**VINORELBINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	**VINORELBINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	**VINORELBINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	**VINORELBINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	**VINORELBINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	**VINORELBINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	**VINORELBINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	**VINORELBINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	**VINORELBINUM**	D16.5	ŻUCHWA
499.	**VINORELBINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	**VINORELBINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	**VINORELBINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	**VINORELBINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	**VINORELBINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	**VINORELBINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	**VINORELBINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	**VINORELBINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	**VINORELBINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	**VINORELBINUM**	D20.1	OTRZEWNA
509.	**VINORELBINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	**VINORELBINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	**VINORELBINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINORELBINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINORELBINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	**VINORELBINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	**VINORELBINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	**VINORELBINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	**VINORELBINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	**VINORELBINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	**VINORELBINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	**VINORELBINUM**	D28.0	SROM
521.	**VINORELBINUM**	D28.1	POCHWA
522.	**VINORELBINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	**VINORELBINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	**VINORELBINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	**VINORELBINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	**VINORELBINUM**	D29.0	PRĄCIE
527.	**VINORELBINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	**VINORELBINUM**	D29.2	JĄDRO
529.	**VINORELBINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
530.	**VINORELBINUM**	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	**VINORELBINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	**VINORELBINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	**VINORELBINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	**VINORELBINUM**	D30.0	NERKA
535.	**VINORELBINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	**VINORELBINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
537.	**VINORELBINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	**VINORELBINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	**VINORELBINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	**VINORELBINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	**VINORELBINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	**VINORELBINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
543.	**VINORELBINUM**	D31.1	ROGÓWKA
544.	**VINORELBINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
545.	**VINORELBINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	**VINORELBINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	**VINORELBINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	**VINORELBINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	**VINORELBINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	**VINORELBINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	**VINORELBINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	**VINORELBINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	**VINORELBINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	**VINORELBINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	**VINORELBINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	**VINORELBINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	**VINORELBINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINORELBINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	**VINORELBINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	**VINORELBINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	**VINORELBINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	**VINORELBINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	**VINORELBINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	**VINORELBINUM**	D35.0	NADNERCZA
565.	**VINORELBINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	**VINORELBINUM**	D35.2	PRZYSADKA
567.	**VINORELBINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	**VINORELBINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
571.	**VINORELBINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	**VINORELBINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	**VINORELBINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	**VINORELBINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	**VINORELBINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	**VINORELBINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	**VINORELBINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	**VINORELBINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	**VINORELBINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	**VINORELBINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	**VINORELBINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	**VINORELBINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	**VINORELBINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	**VINORELBINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	**VINORELBINUM**	D37.5	ODBYTNICA
586.	**VINORELBINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	**VINORELBINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	**VINORELBINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	**VINORELBINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**VINORELBINUM**	D38.0	KRTAŃ
591.	**VINORELBINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	**VINORELBINUM**	D38.2	OPŁUCNA
593.	**VINORELBINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
594.	**VINORELBINUM**	D38.4	GRASICA
595.	**VINORELBINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	**VINORELBINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	**VINORELBINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	**VINORELBINUM**	D39.0	MACICA
599.	**VINORELBINUM**	D39.1	JAJNIK
600.	**VINORELBINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	**VINORELBINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	**VINORELBINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	**VINORELBINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	**VINORELBINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	**VINORELBINUM**	D40.1	JĄDRO
606.	**VINORELBINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	**VINORELBINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINORELBINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	**VINORELBINUM**	D41.0	NERKA
610.	**VINORELBINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	**VINORELBINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
612.	**VINORELBINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	**VINORELBINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**VINORELBINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	**VINORELBINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	**VINORELBINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	**VINORELBINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	**VINORELBINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	**VINORELBINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	**VINORELBINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	**VINORELBINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	**VINORELBINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	**VINORELBINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	**VINORELBINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	**VINORELBINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	**VINORELBINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	**VINORELBINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	**VINORELBINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	**VINORELBINUM**	D44.0	TARCZYCA
630.	**VINORELBINUM**	D44.1	NADNERCZA
631.	**VINORELBINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	**VINORELBINUM**	D44.3	PRZYSADKA
633.	**VINORELBINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	**VINORELBINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	**VINORELBINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	**VINORELBINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	**VINORELBINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
642.	**VINORELBINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	**VINORELBINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	**VINORELBINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	**VINORELBINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	**VINORELBINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	**VINORELBINUM**	D48.4	OTRZEWNA
648.	**VINORELBINUM**	D48.5	SKÓRA
649.	**VINORELBINUM**	D48.6	SUTEK
650.	**VINORELBINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	**VINORELBINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	**VINORELBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	**VINORELBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOSCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWOW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODOŁ *u dzieci do 18 roku życia*
100.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
107.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.*

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek* $\leq 10x10^3 / \mu l$*), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym*

Załącznik C.66.a.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLOFARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.66.b.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CLOFARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ *w trzeciej linii leczenia*
2.	**CLOFARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej*

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,* *b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.*

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI *uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie*

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
2	**AZACITIDINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
3	**AZACITIDINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
4	**AZACITIDINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
5	**AZACITIDINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
6	**AZACITIDINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
7	**AZACITIDINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
8	**AZACITIDINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
9	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	**AZACITIDINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA *(CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

Załącznik C.71.

PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
lub
2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
   a) mniej niż 2,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
   lub
   b) mniej niż 4,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PLERIXAFORUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**PLERIXAFORUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**PLERIXAFORUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**PLERIXAFORUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**PLERIXAFORUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**PLERIXAFORUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**PLERIXAFORUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**PLERIXAFORUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**PLERIXAFORUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**PLERIXAFORUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**PLERIXAFORUM**	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**PLERIXAFORUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**PLERIXAFORUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**PLERIXAFORUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**PLERIXAFORUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**PLERIXAFORUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**PLERIXAFORUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**PLERIXAFORUM**	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**PLERIXAFORUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	**PLERIXAFORUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**PLERIXAFORUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**PLERIXAFORUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**PLERIXAFORUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**PLERIXAFORUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**PLERIXAFORUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**PLERIXAFORUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**PLERIXAFORUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**PLERIXAFORUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**PLERIXAFORUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**PLERIXAFORUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**PLERIXAFORUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**PLERIXAFORUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**PLERIXAFORUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**PLERIXAFORUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**PLERIXAFORUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**PLERIXAFORUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**PLERIXAFORUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
2.	**ANAGRELIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	**ANAGRELIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NELARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	**BORTEZOMIBUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	**BORTEZOMIBUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.76.b

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w *leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszcza, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych*

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *w przypadku:* – *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
3	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU *w przypadku:* – *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka* – *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku* – *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
4	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA *w przypadku:* – *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka* – *kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEFITYNIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERLOTINIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMABUM

w monoterapii:

- *stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1cm,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

albo

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 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo 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**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*
2.	**BEVACIZUMABUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
3.	**BEVACIZUMABUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*
4.	**BEVACIZUMABUM**	C48.1	OKREŚLONA CZEŚĆ OTRZEWNEJ *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*
5.	**BEVACIZUMABUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*
6.	**BEVACIZUMABUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ *w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem*

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetrwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	**BEVACIZUMABUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	**BEVACIZUMABUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Bewacyzumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematów: FOLFIRI w pierwszej linii leczenia lub FOLFOX-4 w drugiej linii leczenia.

Dla wszystkich wskazań:

- *rozpoznanie nowotworu w stopniu zaawansowania IV (uogólniony),*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,*
- *wcześniejsze wykorzystanie oksaliplatyny podczas chemioterapii uzupełniającej w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,*
- *brak wcześniejszego wykorzystania oksaliplatyny podczas chemioterapii uzupełniającej w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,*
- *wcześniejsze wykorzystanie irynotekanu w pierwszej linii leczenia w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,*
- *obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2., 3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,*
- *nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**BEVACIZUMABUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	**BEVACIZUMABUM**	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

D. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991370916
2	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991370954
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990110018
5	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
6	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
7	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
8	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
9	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
12	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
13	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
14	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
15	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
16	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
17	Alfuzosini hydrochloridum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990619580
18	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
19	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991288457
20	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
21	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
22	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
23	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
24	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
25	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
26	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
27	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
28	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
29	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
30	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
31	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
32	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
33	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
34	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
36	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
37	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
38	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097
39	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
40	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
41	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
42	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
43	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991392079
44	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991392062
45	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
46	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
47	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
48	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
49	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
50	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
51	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
52	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
53	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
54	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
55	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
56	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
57	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
58	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
59	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
60	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
61	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
62	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
63	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
64	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
65	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
66	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
67	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
68	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
69	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
70	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
71	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
72	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
73	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360
74	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339
75	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
76	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
77	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610
78	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
79	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
80	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
81	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396
82	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
83	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
84	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
85	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
86	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
87	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
88	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
89	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
90	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
91	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
92	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
93	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
94	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815
95	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
96	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
97	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
98	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
99	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
100	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
101	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
102	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
103	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
104	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
105	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
106	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
107	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
108	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
109	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
110	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
111	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
112	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
113	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252
114	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
115	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
116	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276
117	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269
118	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
119	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
120	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
121	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
122	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
123	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
124	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
125	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
126	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
127	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
128	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
129	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
130	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
131	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
132	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
133	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
134	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
135	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
136	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990078141
137	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990078264
138	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078356
139	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
140	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508
141	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
142	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
143	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
144	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
145	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
146	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
147	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
148	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
149	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990078707
150	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
151	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103
152	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
153	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134
154	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
155	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
156	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
157	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
158	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436
159	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
160	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	05909990957071
161	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990053179
162	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990053230
163	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990053278
164	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
165	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	05909990810178
166	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 tabl.	05909990810185
167	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
168	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
169	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
170	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
171	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
172	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
173	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
174	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
175	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
176	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
177	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
178	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
179	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
180	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696
181	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915
182	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
183	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816
184	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
185	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
186	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	05909990925513
187	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
188	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
189	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
190	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
191	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
192	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
193	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
194	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
195	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
196	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
197	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
198	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
199	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
200	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
201	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
202	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
203	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
204	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
205	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
206	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
207	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
208	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
209	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
210	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
211	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909991197049
212	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991197056
213	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909991197070
214	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991197063
215	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909990633869
216	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909990633807
217	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
218	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
219	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
1	2	3	4	5
220	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
221	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
222	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733
223	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897
224	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
225	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
226	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
227	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
228	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
229	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
230	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
231	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
232	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
233	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
234	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
235	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
236	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
237	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
238	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
239	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
240	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
241	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
242	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
243	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
244	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
245	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
246	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
247	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
248	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
249	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
250	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
251	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
252	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
253	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
254	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
255	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
256	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
257	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
258	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
259	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
260	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
261	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
262	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
263	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
264	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
265	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
266	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
267	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
268	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
269	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
270	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
271	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
272	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
273	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
274	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
275	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
276	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
277	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
278	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
279	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005
280	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119
281	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
282	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
283	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
284	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
285	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
286	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
287	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
288	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
289	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
290	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
291	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
292	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
293	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
294	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
295	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
296	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
297	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
298	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925
299	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
300	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932
301	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
302	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
303	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
304	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482
305	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
306	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499
307	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
308	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
309	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
310	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
311	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649
312	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279
313	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656
314	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
315	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300
316	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361
317	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378
318	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324
319	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011
320	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
321	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908
322	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
323	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
324	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
325	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
326	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
327	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	05909990937172
328	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990937264
329	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	05909990937080
330	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
331	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
332	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
333	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
334	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
335	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
336	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
337	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
338	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
339	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
340	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596
341	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609
342	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
343	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
344	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
345	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
346	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
347	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
348	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
349	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
350	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
351	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
352	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
353	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
354	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
355	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
356	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
357	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
358	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
359	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
360	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
361	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
362	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
363	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
364	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
365	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
366	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
367	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
368	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
369	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
370	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
371	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
372	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
373	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	05909991139582
374	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
375	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530
376	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
377	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
378	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648
379	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
380	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679
381	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667
382	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
383	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
384	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
385	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
386	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
387	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
388	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748
389	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949
390	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005
391	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
392	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826
393	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141
394	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388
395	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667
396	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730
397	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
398	Clopidogrelum	Vixam, tabl. powl., 75 mg	30 szt.	05909990866533
399	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475
400	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382
401	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219
402	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
403	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
404	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253
405	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
406	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453
407	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222
408	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
409	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
410	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
411	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
412	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413
413	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420
414	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380
415	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314
416	Donepezili hydrochloridum	Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990770038
417	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873
418	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141
419	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781
420	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
421	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990683666
422	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990683581
423	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018
424	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912
425	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138
426	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077
427	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990877553
428	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360
429	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353
430	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560
431	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842
432	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
433	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933
434	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991275778
435	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991275747
436	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
437	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
438	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314
439	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215
440	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990770045

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
441	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
442	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
443	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
444	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
445	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
446	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
447	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
448	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
449	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
450	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
451	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
452	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
453	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
454	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
455	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
456	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
457	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
458	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
459	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
460	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
461	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
462	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
463	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
464	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
465	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
466	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
467	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
468	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
469	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
470	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
471	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
472	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
473	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
474	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
475	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
476	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
477	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
478	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
479	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
480	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
481	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
482	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
483	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
484	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
485	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
486	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
487	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
488	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
489	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
490	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
491	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
492	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
493	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
494	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
495	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
496	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
497	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
498	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
499	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
500	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
501	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
502	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
503	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
504	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
505	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
506	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
507	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
508	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
509	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
510	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
511	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
512	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
513	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669
514	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
515	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
516	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
517	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
518	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
519	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
520	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416
521	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902
522	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
523	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
524	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
525	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918
526	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819
527	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496
528	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414
529	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526
530	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974
531	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
532	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
533	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
534	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
535	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
536	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
537	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
538	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
539	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
540	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
541	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
542	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
543	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
544	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
545	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917
546	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342
547	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
548	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
549	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
550	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949
551	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
552	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470
553	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154
554	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770
555	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670
556	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797
557	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127
558	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673
559	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288
560	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141
561	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
562	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311
563	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
564	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045
565	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055098
566	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991289430
567	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571
568	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601
569	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973
570	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895
571	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997
572	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267
573	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274
574	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
575	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105
576	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991107871
577	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842
578	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710
579	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
580	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
581	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
582	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
583	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
584	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
585	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
586	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
587	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
588	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
589	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
590	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328
591	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311
592	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+52+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635
593	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
594	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
595	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
596	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
597	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
598	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
599	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
600	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
601	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
602	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
603	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
604	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
605	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
606	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
607	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
608	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
609	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
610	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
611	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
612	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
613	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
614	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
615	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
616	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
617	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
618	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
619	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
620	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
621	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
622	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
623	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
624	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
625	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
626	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
627	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
628	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
629	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
630	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
631	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
632	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
633	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
634	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
635	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
636	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
637	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
638	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
639	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
640	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001
641	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025
642	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991431211
643	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991431167
644	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
645	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
646	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
647	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
648	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
649	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
650	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
651	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
652	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
653	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
654	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
655	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
656	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
657	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
658	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
659	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
660	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
661	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
662	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
663	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
664	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
665	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
666	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
667	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
668	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
669	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
670	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
671	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
672	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
673	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
674	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
675	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
676	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
677	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
678	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
679	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
680	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
681	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
682	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
683	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
684	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
685	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
686	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
687	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224
688	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231
689	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
690	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
691	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230
692	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	05909991004002
693	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	05909991004026
694	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548
695	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171
696	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
697	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
698	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186
699	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
700	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
701	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408
702	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991257392
703	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
704	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
705	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
706	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
707	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
708	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
709	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129
710	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143
711	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
712	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
713	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
714	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
715	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
716	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
717	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
718	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
719	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
720	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991365790
721	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991365868
722	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991365936
723	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
724	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
725	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
726	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
727	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
728	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
729	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
730	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
731	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
732	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
733	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
734	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596
735	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
736	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
737	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
738	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
739	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
740	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
741	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990644933
742	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
743	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
744	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
745	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
746	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
747	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990012688
748	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
749	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
750	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
751	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
752	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
753	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	05909991092566
754	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	05909991092597
755	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
756	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
757	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
758	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
759	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
760	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
761	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
762	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
763	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864
764	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
765	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
766	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
767	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
768	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
769	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
770	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
771	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
772	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
773	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
774	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
775	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
776	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
777	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
778	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
779	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
780	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
781	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
782	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
783	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
784	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
785	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
786	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
787	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
788	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
789	Insulinum humanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
790	Insulinum humanum	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363
791	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
792	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
793	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
794	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
795	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
796	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
797	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
798	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
799	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
800	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
801	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
802	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
803	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
804	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
805	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
806	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
807	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
808	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
809	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
810	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
811	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
812	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
813	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
814	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
815	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
816	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
817	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
818	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521
819	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620
820	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697
821	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563
822	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549
823	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
824	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
825	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
826	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
827	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
828	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
829	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
830	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
831	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
832	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
833	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
834	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
835	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
836	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
837	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
838	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
839	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
840	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
841	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
842	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
843	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
844	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
845	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
846	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
847	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
848	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
849	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
850	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
851	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
852	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
853	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
854	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
855	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
856	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
857	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
858	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
859	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
860	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
861	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
862	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991416683
863	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991416720
864	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
865	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
866	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
867	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
868	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
869	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510
870	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
871	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
872	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
873	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
874	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
875	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
876	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
877	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
878	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
879	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
880	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
881	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
882	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
883	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
884	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
885	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
886	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
887	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
888	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
889	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
890	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
891	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
892	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
893	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
894	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
895	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
896	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
897	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
898	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
899	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
900	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
901	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
902	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
903	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
904	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
905	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
906	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
907	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
908	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
909	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
910	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
911	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
912	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
913	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790
914	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
915	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
916	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
917	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
918	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
919	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
920	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
921	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
922	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
923	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
924	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
925	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
926	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
927	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
928	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
929	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
930	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
931	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
932	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
933	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
934	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg	28 tabl.	05909990810796
935	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
936	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
937	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
938	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
939	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
940	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
941	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
942	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439
943	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
944	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
945	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
946	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
947	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
948	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
949	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
950	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
951	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
952	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
953	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
954	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
955	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
956	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
957	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
958	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
959	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484
960	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
961	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
962	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
963	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
964	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
965	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
966	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
967	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
968	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
969	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
970	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
971	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
972	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
973	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
974	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
975	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
976	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
977	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
978	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
979	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
980	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
981	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
982	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
983	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
984	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
985	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
986	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
987	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
988	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
989	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
990	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
991	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
992	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
993	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
994	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
995	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
996	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
997	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
998	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
999	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1000	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1001	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1002	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1003	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1004	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1005	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1006	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1007	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1008	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1009	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1010	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317
1011	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1012	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1013	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256
1014	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1015	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
1016	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287
1017	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1018	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1019	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1020	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1021	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1022	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1023	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1024	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1025	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1026	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1027	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1028	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1029	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1030	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1031	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1032	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1033	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1034	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1035	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1036	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1037	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1038	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1039	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1040	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1041	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991415686
1042	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991415693
1043	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624
1044	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631
1045	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648
1046	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991415655
1047	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991415662
1048	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991415365
1049	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372
1050	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991415389
1051	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303
1052	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310
1053	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327
1054	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334
1055	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341
1056	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358
1057	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1058	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1059	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1060	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1061	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1062	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838
1063	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1064	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1065	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1066	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1067	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1068	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1069	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1070	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1071	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1072	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1073	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1074	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1075	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1076	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1077	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1078	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1079	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1080	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1081	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1082	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1083	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1084	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1085	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1086	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1087	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
1088	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328
1089	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1090	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1091	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1092	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1093	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1094	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1095	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1096	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1097	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
1098	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1099	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
1100	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1101	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1102	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1103	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1104	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1105	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1106	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1107	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1108	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	05909990933198
1109	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1110	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1111	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1112	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1113	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1114	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1115	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1116	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1117	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1118	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1119	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1120	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1121	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1122	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1123	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1124	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1125	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1126	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
1127	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1128	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1129	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1130	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1131	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1132	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1133	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1134	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1135	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1136	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1137	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1138	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1139	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1140	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1141	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1142	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1143	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1144	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1145	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1146	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1147	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1148	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1149	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1150	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1151	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1152	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1153	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1154	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1155	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1156	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1157	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1158	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1159	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1160	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1161	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1162	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1163	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1164	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1165	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991120962
1166	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1167	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1168	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1169	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1170	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1171	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813
1172	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813
1173	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714
1174	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1175	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1176	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1177	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1178	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1179	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
1180	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1181	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1182	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1183	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1184	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1185	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
1186	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1187	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1188	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
1189	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599
1190	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
1191	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
1192	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
1193	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
1194	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
1195	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
1196	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
1197	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
1198	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
1199	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
1200	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
1201	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
1202	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
1203	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
1204	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597
1205	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
1206	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
1207	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
1208	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
1209	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
1210	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
1211	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034
1212	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1213	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
1214	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
1215	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
1216	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
1217	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1218	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1219	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1220	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1221	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1222	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1223	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1224	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1225	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1226	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1227	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
1228	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
1229	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
1230	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
1231	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
1232	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
1233	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
1234	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
1235	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
1236	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
1237	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346
1238	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189
1239	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202
1240	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310
1241	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515
1242	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715
1243	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685
1244	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678
1245	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647
1246	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600
1247	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
1248	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
1249	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
1250	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	05909990908189
1251	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	05909990908158
1252	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	05909990908264
1253	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	05909990908233
1254	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1255	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
1256	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
1257	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
1258	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
1259	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
1260	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
1261	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
1262	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
1263	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
1264	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1265	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1266	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
1267	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
1268	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
1269	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
1270	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
1271	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
1272	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
1273	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
1274	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
1275	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
1276	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
1277	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
1278	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
1279	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
1280	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
1281	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg	60 szt.	05909991378356
1282	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
1283	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
1284	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
1285	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
1286	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
1287	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
1288	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
1289	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
1290	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
1291	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1292	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
1293	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
1294	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
1295	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
1296	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990707010
1297	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990707119
1298	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991080129
1299	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990706914
1300	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
1301	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
1302	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
1303	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
1304	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
1305	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
1306	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
1307	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
1308	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
1309	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
1310	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990653379
1311	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990653355
1312	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653362
1313	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
1314	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
1315	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
1316	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
1317	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
1318	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
1319	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
1320	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
1321	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
1322	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
1323	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
1324	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
1325	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
1326	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
1327	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
1328	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1329	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
1330	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
1331	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
1332	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
1333	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
1334	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303
1335	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
1336	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
1337	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990017461
1338	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990017447
1339	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990017454
1340	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909990047987
1341	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909990047949
1342	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909990047963
1343	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
1344	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
1345	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402006
1346	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
1347	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414153
1348	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
1349	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
1350	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
1351	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
1352	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
1353	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
1354	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
1355	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
1356	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
1357	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
1358	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
1359	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
1360	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
1361	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
1362	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
1363	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
1364	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
1365	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1366	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
1367	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
1368	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885
1369	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
1370	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
1371	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
1372	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
1373	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
1374	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
1375	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
1376	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
1377	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
1378	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
1379	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
1380	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
1381	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
1382	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
1383	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
1384	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
1385	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
1386	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
1387	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
1388	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
1389	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
1390	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
1391	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
1392	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
1393	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
1394	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601
1395	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663
1396	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700
1397	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
1398	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117
1399	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
1400	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
1401	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
1402	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1403	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609
1404	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704
1405	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766
1406	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
1407	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
1408	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
1409	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
1410	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752
1411	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790
1412	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
1413	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
1414	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691
1415	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
1416	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
1417	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
1418	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
1419	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
1420	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
1421	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
1422	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
1423	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
1424	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
1425	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
1426	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
1427	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
1428	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255
1429	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262
1430	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279
1431	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286
1432	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293
1433	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
1434	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
1435	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
1436	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
1437	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
1438	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
1439	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1440	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
1441	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
1442	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973
1443	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
1444	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078294
1445	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078348
1446	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h	30 szt.	05909991067595
1447	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991067632
1448	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
1449	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
1450	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
1451	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607
1452	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
1453	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
1454	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
1455	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
1456	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
1457	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954
1458	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
1459	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074
1460	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227
1461	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333
1462	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
1463	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
1464	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
1465	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
1466	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
1467	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
1468	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
1469	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
1470	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
1471	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
1472	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
1473	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
1474	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
1475	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890
1476	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1477	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968
1478	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
1479	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612
1480	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636
1481	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
1482	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
1483	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804
1484	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
1485	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
1486	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
1487	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
1488	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683
1489	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
1490	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
1491	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
1492	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
1493	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
1494	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
1495	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
1496	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
1497	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
1498	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
1499	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
1500	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
1501	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
1502	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
1503	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
1504	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
1505	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
1506	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
1507	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
1508	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
1509	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
1510	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
1511	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
1512	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
1513	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1514	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
1515	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
1516	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
1517	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
1518	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
1519	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
1520	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
1521	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
1522	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
1523	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
1524	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
1525	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
1526	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
1527	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
1528	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
1529	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
1530	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
1531	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
1532	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
1533	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
1534	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
1535	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
1536	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
1537	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
1538	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
1539	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
1540	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
1541	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
1542	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
1543	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
1544	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
1545	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
1546	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
1547	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
1548	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
1549	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
1550	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1551	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
1552	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
1553	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
1554	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
1555	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
1556	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079
1557	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
1558	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
1559	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
1560	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
1561	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10 + 10 mg	30 szt.	03838989707057
1562	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20 + 10 mg	30 szt.	03838989707064
1563	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	28 szt.	05906414003352
1564	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	56 szt.	05906414003369
1565	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	28 szt.	05906414003321
1566	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	56 szt.	05906414003338
1567	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	28 szt.	05906414003383
1568	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	56 szt.	05906414003390
1569	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05909991463816
1570	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05909991463830
1571	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05909991463762
1572	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05907626708493
1573	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	60 szt.	05907626709315
1574	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05907626708509
1575	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	60 szt.	05907626709322
1576	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05907626708486
1577	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	60 szt.	05907626709308
1578	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
1579	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
1580	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
1581	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909990764150
1582	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
1583	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
1584	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
1585	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
1586	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653
1587	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1588	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
1589	Selegilini hydrochloridum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990746026
1590	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315
1591	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
1592	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
1593	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
1594	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
1595	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
1596	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807
1597	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
1598	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
1599	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
1600	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
1601	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
1602	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
1603	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
1604	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
1605	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
1606	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
1607	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
1608	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987
1609	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888
1610	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
1611	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
1612	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
1613	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
1614	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
1615	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
1616	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
1617	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
1618	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
1619	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
1620	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
1621	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
1622	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
1623	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
1624	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991019723

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1625	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991019822
1626	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991019945
1627	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
1628	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
1629	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
1630	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
1631	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
1632	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990941223
1633	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
1634	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
1635	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
1636	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
1637	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
1638	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
1639	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
1640	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
1641	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
1642	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
1643	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
1644	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907553016012
1645	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05907553016029
1646	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
1647	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
1648	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
1649	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
1650	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
1651	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
1652	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
1653	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
1654	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116
1655	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
1656	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
1657	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
1658	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913
1659	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026
1660	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124
1661	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1662	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741
1663	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325
1664	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226
1665	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960
1666	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991
1667	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922
1668	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953
1669	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135
1670	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394
1671	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991340896
1672	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991340872
1673	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304
1674	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388
1675	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340
1676	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777
1677	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753
1678	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640
1679	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633
1680	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069
1681	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995
1682	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148
1683	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117
1684	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315
1685	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308
1686	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285
1687	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278
1688	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
1689	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
1690	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
1691	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
1692	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
1693	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
1694	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
1695	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
1696	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
1697	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
1698	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1699	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
1700	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
1701	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
1702	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
1703	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
1704	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
1705	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
1706	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
1707	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
1708	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
1709	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
1710	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
1711	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
1712	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
1713	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
1714	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
1715	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
1716	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
1717	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
1718	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
1719	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
1720	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685
1721	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
1722	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692
1723	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
1724	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
1725	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
1726	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
1727	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
1728	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321
1729	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
1730	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
1731	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386
1732	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
1733	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
1734	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845
1735	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1736	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
1737	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
1738	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
1739	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
1740	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
1741	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
1742	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068
1743	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
1744	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
1745	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566280
1746	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
1747	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
1748	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
1749	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
1750	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
1751	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
1752	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
1753	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
1754	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
1755	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
1756	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
1757	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
1758	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
1759	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
1760	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
1761	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
1762	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
1763	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
1764	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
1765	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
1766	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
1767	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
1768	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
1769	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
1770	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
1771	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
1772	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
1773	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
1774	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
1775	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
1776	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
1777	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
1778	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
1779	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
1780	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
1781	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
1782	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
1783	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
1784	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
1785	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909997077628
1786	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
1787	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
1788	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566
1789	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
1790	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
1791	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
1792	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542
1793	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909997077697
1794	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
1795	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559
1796	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
1797	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
1798	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
1799	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
1800	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
1801	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
1802	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
1803	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
1804	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
1805	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
1806	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
1807	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1808	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
1809	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
1810	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
1811	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
1812	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773
1813	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051
1814	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174
1815	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
1816	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027
1817	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
1818	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
1819	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703
1820	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
1821	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
1822	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
1823	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
1824	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
1825	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
1826	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667
1827	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991421816
1828	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
1829	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
1830	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
1831	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338
1832	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
1833	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
1834	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
1835	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
1836	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
1837	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
1838	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069
1839	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
1840	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
1841	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
1842	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
1843	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
1844	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1845	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
1846	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
1847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
1848	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
1849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874
1850	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
1851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
1852	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
1853	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
1854	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086
1855	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
1856	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
1857	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
1858	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057
1859	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
1860	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
1861	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
1862	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
1863	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
1864	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
1865	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
1866	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
1867	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
1868	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
1869	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
1870	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
1871	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
1872	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
1873	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
1874	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165
1875	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
1876	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
1877	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
1878	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
1879	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
1880	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
1881	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1882	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
1883	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
1884	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
1885	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
1886	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
1887	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
1888	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
1889	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
1890	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
1891	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
1892	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0,25 g	20 szt.	05909990667116
1893	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0,25 g	60 szt.	05909990334971
1894	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
1895	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
1896	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
1897	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
1898	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
1899	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
1900	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
1901	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
1902	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
1903	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641
1904	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
1905	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520
1906	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
1907	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
1908	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485
1909	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522
1910	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
1911	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
1912	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
1913	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473
1914	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161
1915	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178
1916	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554
1917	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1918	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
1919	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
1920	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
1921	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
1922	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
1923	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
1924	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
1925	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
1926	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
1927	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
1928	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
1929	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
1930	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
1931	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
1932	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953
1933	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
1934	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
1935	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
1936	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
1937	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
1938	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214
1939	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
1940	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
1941	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
1942	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
1943	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
1944	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
1945	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
1946	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
1947	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
1948	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
1949	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
1950	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991455798
1951	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914
1952	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036
1953	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
1954	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1955	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
1956	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
1957	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
1958	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580
1959	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909991088118
1960	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542
1961	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909991088101
1962	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
1963	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
1964	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
1965	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
1966	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
1967	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949
1968	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
1969	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833
1970	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989
1971	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
1972	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
1973	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138
1974	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
1975	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
1976	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
1977	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
1978	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
1979	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	05909990740253
1980	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
1981	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277
1982	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 tabl.	05909990740284
1983	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
1984	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
1985	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
1986	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 tabl.	05909990740192
1987	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 tabl.	05909990740208
1988	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
1989	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
1990	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
1991	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1992	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909991067557
1993	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005
1994	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909991067564
1995	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
1996	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
1997	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
1998	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735
1999	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2000	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2001	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2002	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2003	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2004	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2005	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2006	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2007	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2008	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2009	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2010	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2011	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2012	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2013	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2014	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2015	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2016	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2017	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2018	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2019	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2020	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2021	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2022	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2023	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2024	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2025	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2026	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2027	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2028	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2029	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2030	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2031	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2032	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2033	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2034	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2035	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 kaps.	05909991135096
2036	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	28 szt.	05909991093815
2037	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	56 szt.	05909991093822
2038	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991093914
2039	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991093921
2040	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2041	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2042	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2043	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2044	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2045	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2046	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2047	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2048	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 tabl.	05909990045419
2049	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 tabl.	05909990045211
2050	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 tabl.	05909990045310
2051	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2052	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
8	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696
9	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
10	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
11	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
12	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
13	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
14	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
15	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
16	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
17	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
18	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
19	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
20	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
21	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
22	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
23	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
24	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
25	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
26	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
27	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
28	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
29	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
30	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
31	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
32	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
33	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
34	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
35	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
36	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
38	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
39	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
40	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
48	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
49	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
50	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
51	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
52	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
53	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
54	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
55	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
56	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
57	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
58	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
59	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
60	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
61	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
62	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530
63	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
64	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
65	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
66	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
67	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
68	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
69	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
70	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
71	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
72	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
73	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
74	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
75	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
76	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
77	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
78	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
79	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
80	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
81	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
82	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
83	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
84	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
85	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
86	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
87	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
88	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
89	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
90	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
91	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
92	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
93	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
94	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
95	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
96	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
97	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
98	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
99	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
102	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
130	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001
131	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025
132	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
133	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
134	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
135	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
136	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
137	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
138	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
139	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
140	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
141	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
142	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
143	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
144	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
145	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
146	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
147	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
148	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
149	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
150	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
151	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
152	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
153	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
154	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864
155	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
156	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
157	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
158	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
159	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
160	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
161	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
162	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
163	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
164	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
165	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
166	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
167	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
168	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
169	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
170	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
171	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
172	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
173	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
174	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
175	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
176	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
177	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
178	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
179	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
180	Insulinum humanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
181	Insulinum humanum	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363
182	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
183	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
184	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
185	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
186	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
187	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
188	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
189	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
190	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
191	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
192	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
193	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
194	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
195	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
196	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
197	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
198	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
199	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
200	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
201	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
202	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
203	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
204	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990038701
205	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990038565
206	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
207	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
208	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
209	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
210	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
211	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
212	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
213	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
214	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
215	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
216	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
217	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
218	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
219	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
220	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
221	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
222	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
223	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
224	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
225	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518
226	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
227	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
228	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
229	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
230	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
240	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
241	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
242	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
243	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
247	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
248	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
249	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
250	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
251	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
252	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
253	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
254	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
255	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
256	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
257	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
258	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
259	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
260	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
261	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
262	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
264	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
265	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
266	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
267	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
268	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
269	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
270	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
271	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
272	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
273	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
274	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
275	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
276	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
277	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
279	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
280	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
281	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
282	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
283	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
297	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
298	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
299	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
300	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
301	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
302	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
303	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
304	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
305	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
306	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
307	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
308	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
309	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
310	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
311	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
312	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
313	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
314	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
315	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
316	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
317	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
318	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
319	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
320	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
321	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
322	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
323	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
324	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
325	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
326	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
327	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
328	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
329	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
330	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
331	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
332	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
333	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
334	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
335	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
336	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
337	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
338	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
339	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
340	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
341	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
342	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
343	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
344	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
345	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
346	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
347	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
348	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
349	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
350	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
351	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
352	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
353	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
354	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
355	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
356	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 150 mg	50 tabl.	05909991303518
357	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	50 tabl.	05909991300661
358	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 600 mg	50 tabl.	05909991300739
359	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
360	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
361	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
362	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
363	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
364	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
365	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
366	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
367	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
368	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
369	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
370	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
371	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
372	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
373	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
374	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
375	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
376	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
377	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
378	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
379	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909990764150
380	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
381	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
382	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
383	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
384	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
385	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653
386	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
387	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
388	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352